F A C U L T E de M E D E C I N E de P A R I S

ANNEE 1970

N° 202

T H E S E

pour le

Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Mademoiselle CRISTOFINI Florence, Juliette
née le 29-02-1940 à NEUILLY (Seine)
ancienne externe des hôpitaux de Paris

présentée et soutenue publiquement le

DECOUVERTE DES LESIONS GYNECOLOGIQUES AU COURS d'UNE CONSULTATION du "PLANNING FAMILIAL"

Président : M. VARANGOT, Professeur.

-:-:-

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549922_0050

F A C U L T E de M E D E C I N E de P A R I S

ANNEE 1970 N°

T H E S E

pour le

Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

Mademoiselle CRISTOFINI Florence, Juliette
née le 29-02-1940 à NEUILLY (Seine)
ancienne externe des hôpitaux de Paris

présentée et soutenue publiquement le

DECOUVERTE DES LESIONS GYNECOLOGIQUES AU COURS d'UNE CONSULTATION du "PLANNING FAMILIAL"

Président : M. VARANGOT, Professeur.

-:-:-

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

à mes parents

et à mes amis

en témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur VARANGOT.

- A nos maîtres qui ont su, successivement, nous encourager de leur exemple, en cours de notre externat :

  * Monsieur le Professeur GOULON
  * Monsieur le Docteur SÉE

- A nos maîtres de spécialité :

  * Monsieur le Professeur NETTER
  * Madame le Docteur NETTER

  * ainsi qu'à Madame le Docteur J. KAHN-NATHAN
    et Monsieur le Docteur H. ROZENBAUM
    qui ont su éveiller notre intérêt vis-à-vis des problèmes inhérents à la contraception.

  * à Monsieur le Professeur HUGUIER
    et à Monsieur le Docteur PALMER
    que nous remercions vivement de leur enseignement.

A Monsieur le Docteur LANVIN

Au Docteur NICOLAS

et au Docteur ROCLORE

que nous remercions particulièrement pour l'apport clinique de ce travail.

A Monsieur le Professeur MALMÉJAC
et à Monsieur le Professeur PARROT
ainsi qu'à Monsieur le Doyen J. FREZAL

en témoignage de notre admiration et de notre gratitude
de pouvoir collaborer à l'Enseignement qu'ils assument
si pleinement.

A nos Maîtres de psychologie

qui nous ont encouragée aux études médicales :

- Monsieur le Professeur SOULAIRAC
- Docteur Juliette FAVEZ-BOUTONNIER
- Docteur Colette CHILAND.

DECOUVERTE DES LESIONS GYNECOLOGIQUES
AU COURS D'UNE CONSULTATION du "PLANNING FAMILIAL"

-: :-:-:-:-:-:-

I N T R O D U C T I O N

:-:-:-:-:-:-:

A - Nous nous proposons de parcourir l'ensemble des dossiers d'un centre de Planning Familial (hôpital BRETONNEAU) ouvert en 1966,

B - et de nous demander si l'examen gynécologique pratiqué lors de la première consultation, aboutit - de manière statistiquement significative - à la découverte de lésions appelant un traitement approprié :

1° - Nous ne parlerons pas de ces lésions qui, découvertes ou traitées au cours des consultations ultérieures, peuvent être imputées à l'usage de la contraception elle - même.

2° - De même que nous ne considèrerons que les affections entraînent un geste thérapeutique effectué par le Centre de Planning ou quelque autre service compétent.

C - Cette question posée,

nous gardons à l'esprit que nous sommes en présence :

- d'une population :

1° - de femmes jeunes

2° - en période d'activité génitale

3° - relevant souvent

a) - d'un accouchement

b) - ou d'un avortement

4° - et qui désirent employer la méthode contraceptives pour des raisons

a) - médicales

b) - ou sociales.

D - En définitive, nous sommes donc amenés à nous poser le problème du rôle médical de la consultation du Planning Familial

Ière PARTIE

- DEFINITION - EVALUATION de la METHODE - "CLIMAT" de la CONSULTATION et CARACTERES DE LA POPULATION

A La consultation de "planning familial" sur laquelle va porter notre étude a lieu dans un établissement hospitalier dépendant de l'Assistance Publique de Paris (hôpital BRETONNEAU), deux fois par semaine. Comment se présente-t-elle, tout d'abord ? Elle a pour fonction d'assurer un contrôle régulier des naissances et d'apporter aux consultantes toute information nécessaire relative à ces problèmes afin de leur permettre d'établir un choix quant à une méthode contraceptive moderne.

Or, il nous a semblé intéressant de montrer comment les exigences de la contraception peuvent, dans le cadre d'une consultation organisée selon un schéma de travail pré-établi, nous amener à découvrir un certain nombre de lésions; lésions qui seraient passées inaperçues, si la population de femmes, venues pour consulter, n'avait bénéficié de la sorte d'examens systématiques - cliniques et paracliniques - .

Les motivations de la consultante sont d'ordre psycho-social, mais c'est un service médical qui la reçoit, et le problème devient médical. En effet, il s'agit pour nous de rechercher les contre - indications possibles de la méthode choisie par la patiente :

absence ou présence de ces contre - indications ?

Nous précisons bien qu'il s'agit là d'une attitude praticienne, avant tout. Nous posons, d'emblée, comme contre-indication à l'une quelconque de ces méthodes, la présence de certaines lésions ou affections qui, dans l'état actuel de nos connaissances, présentent une incompatibilité reconnue avec la méthode choisie ; ceci, jusqu'à preuve du contraire. En conséquence, nous écartons de notre propos toute discussion théorique au sujet des dangers possibles propres à l'une ou l'autre méthode, du risque carcinogénétique, des accidents d'intolérance, et même du degré d'efficacité. Il faut bien admettre, dès lors, que le chapitre des contre-indications sera amené à être modifié et à être renouvelé par la suite, en fonction de l'apport des différentes études critiques que chacun voudra bien y ajouter.

B Nous disposons de trois types de méthodes contraceptives modernes :

I°/ - La contraception orale :

- essentiellement représentée par la large gamme des oestro-progestatifs de synthèse divisés en pilules, lourdes, moyennes, ou légères.

- auxquels l'on peut joindre les PROGESTATIFS (du type "Nacényl) d'utilisation beaucoup plus restreinte.

2° - La contraception intra-utérine :

- où l'introduction d'un corps étranger au sein même de la cavité utérine peut se faire à l'aide de modèles divers - Ceux que nous avons employés ont été principalement :

  . la boucle de Lippes

  . et le Saf - T - Coïl

3° - Enfin, la méthode par Condom

- à type de préservatifs féminins, ou diaphragmes, à poser avant chaque rapport, sur le col -
- ou de préservatifs masculins, plus rarement indiqués, et en général, à tître transitoire en attendant la disparition des lésions dont la présence contre-indique temporairement la pose d'un stérilet chez la femme.

Or, ce sont les exigences propres à chacune de ces méthodes qui vont guider nos investigations et notre prime approche de la consultante.

C Rappelons donc, pour plus de clarté, de quelle façon nous procédons dans l'examen et le traitement :

Par un interrogatoire minutieux et très long, il nous faut s[illegible]r la femme dans son contexte social et familial. Si celle-ci n'est

pas de langue française, la présence d'un interprète est indispensable. La recherche des antécédents est capitale;

- des antécédents obstétricaux, d'abord, où la notion d'une grande multiparité grévée d'accouchements longs, dystociques, de déchirures périnéales, d'épisiotomie, oriente l'examen clinique à la recherche d'un prolapsus des organes génitaux; celui-ci contre-indique la méthode par condom des préservatifs féminins ou diaphragmes - Une nouvelle grossesse est alors particulièrement redoutée et l'efficacité à 100 pour 100 de la méthode est demandée au médecin.

De même, la notion de nulliparité - voire de primiparité - constitue actuellement une contre-indication à la pose d'un stérilet, puisque la conséquence d'une salpingite réactionnelle pourrait avoir des suites fâcheuses sur l'avenir obstétrical de cette nulligeste. Et de même, la constatation fréquente de rejets chez les primipares font de la primiparité une contre-indication relative. Toutes contre-indications sur lesquelles le médecin passera outre, lorsque la femme examinée sera atteinte de maladie mentale irréversible à type de psychose telle que la schizophrénie.

- des antécédents médicaux, également à la recherche d'affections hépatiques et vésiculaires chroniques traduisant un certain degré d'insuffisance hépatique; à la recherche d'antécédents vasculaires thrombo-emboliques ou variqueux, d'une hyperlipémie familiale, d'un diabète connu, ou d'un diabète méconnu mais suspecté sur la notion

d'antécédents diabétiques familiaux, de gros enfants, ou d'accroissement pondéral anormal; à la recherche d'antécédents psychiatriques ...

... autant de points qui retiennent l'attention et font demander des examens complémentaires avant de pouvoir prescrire, sans risque, une contraception orale par oestro-progestatifs de synthèse. L'interrogatoire est suivi d'un examen gynécologique complet à la recherche des éléments d'appréciation susceptibles d'intervenir dans le choix de la méthode :

* Exámen clinique, d'abord,

- où l'évaluation de la statique périnéale, en faisant pousser la femme, permet de découvrir prolapsus et incontinence urinaire qui, nous l'avons vu ne permettent pas l'usage du préservatif féminin,
- où l'examen du col grâce au spéculum va pouvoir découvrir un ectropion ou une exocervicite, faisant remettre à plus tard l'introduction d'un contraceptif intra-utérin susceptible d'entraîner une flambée infectieuse, et à indiquer un traitement pour ces lésions cervicales; où le prélèvement des leucorrhées permettra l'examen bactériologique ....

. - Au cours du toucher vaginal, l'exploration digitale des culs-de-sacs vaginaux latéraux et postérieur recherche une masse anormale, ou un empâtement douloureux et renseigne approximativement sur l'état des annexes dont l'inflammation ou l'infection entraînent une sanction thérapeutique et font surseoir à l'indication d'un stérilet.

- Cette exploration recherche, aussi, tout particulièrement, la présence d'une paramétrite ou d'une endométrite suspectées par la découverte d'une mobilisation utérine douloureuse, ainsi que l'existence d'une rétroversion utérine pathologique c'est-à-dire fixée et douloureuse. Ces affections demandent à être traitées et contre-indiquent le stérilet.

- Enfin l'examen gynécologique est complèté par l'examen des deux seins, palpation qui peut retrouver la présence de petits nodules mastosiques des seins, de kystes unique ou multiples, de tuméfaction anormale.
- La prise de la tension artérielle parachève cet examen....

* Les examens paracliniques, enfin,
. seront guidés par les résultats des examens précédents;
- nous n'insisterons pas sur les examens généraux relatifs au diabète, à la syphillis, au fonctionnement hépatique ou rénal,
- mais, plutôt, sur les examens à portée gynécologique tels que les prélèvements bactériologiques des leucorrhées, les biopsies du col et de l'endomètre, les hystérosalpingographies, les coelioscopies, les mammographies dont l'apport peut se révèler être nécessaire pour l'établissement d'un diagnostic.

- et surtout nous nous attacherons à l'examen complémentaire pratiqué systématiquement, dès cette première consultation, et quelque

soit l'état du col, à toutes les consultantes;

- Cet examen sera renouvelé régulièrement au cours de la surveillance ultérieure.
- Nous voulons parler des frottis cytologiques de dépistage systématique du cancer, frottis vaginaux et cervicaux.
- Cet examen, capital, renseigne sur la cytologie vaginale, cervicale et endométriale de toutes les consultantes.
- Or, comme il a été classique de dire que le cancer du col survenait à tout âge, même jeune, la pratique systématique de ces frottis permet le dépistage précoce des lésions néoplasiques à un stade où le pourcentage de survies est le plus important.
- Selon la classification de Papanicolaou, les résultats deviennent suspects à partir de la classe III. Mais, en ce qui nous concerne, notre cytologiste nous signale, selon une appellation qui lui est personnelle, les frottis traduisant une inflammation pathologique. De tels frottis déterminent l'indication d'un traitement approprié et la surveillance de ces lésions histologiques, sous traitement, jusqu'à normalisation et retour à la classe II ou à la classe I de Papanicolaou.
- Par l'utilisation systématique de ces frottis nous entrons dans le cadre de la contraception, certes, puisqu'un résultat inflammatoire pathologique nous fera contre-indiquer le contraceptif intra-utérin,

mais nous le dépassons puisque nous recherchons, ainsi, le cancer chez chaque femme - Et c'est l'avantage de cette consultation que de voir régulièrement une patiente, motivée, elle, par les nécessités de la contraception, mais sur laquelle nous pourrons, nous, pratiquer un dépistage systématique du cancer génital.

C. II

Ainsi donc, les découvertes faites au cours de ces différents examens nous permettent d'entreprendre le traitement des lésions et d'appliquer la méthode contraceptive choisie.

La simple vaginite sera traitée localement par des comprimés gynécologiques antibiotiques, antiseptiques ou antifungiques selon l'étiologie déterminée.

- L'ectropion, selon son importance, pourra être électrocoagulé ou attouché au négatol,
- alors que la cervicite, associée parfois à l'ectropion, sera traitée par une antibiothérapie générale - celle que nous employons est une association de sulfamides et de cyclines -.
- Des frottis de contrôle sont effectués, après traitement.

- Pour les annexites, salpingites, et paramétrites, nous avons employé outre l'antibiothérapie générale précitée, la vaccinothérapie, ou, avec plus de succès encore, une thérapeutique anti-inflammatoire générale.

- Le traitement de ces lésions et l'obtention de leur guérison sont conduits en même temps que la régulation des naissances. L'indication du contraceptif intra-utérin en dépend étroitement, et dans l'intervalle, des mesures transitoires peuvent être prescrites.

Il ne s'agit là que d'un schéma de travail, aussi rigoureux que possible, mais appelé à être modifié au fur et à mesure de l'extension des connaissances relatives à ces problèmes.

D

Après cette esquisse sur le processus employé et nous permettant la découverte et le traitement de certaines lésions, il nous semble important de rappeler dans quel climat se déroule la consultation de "planning familial", il fait partie de sa définition même.

Car les découvertes qui seront faites au décours de ces premiers examens et du premier contact pris avec la femme devront être exposées à cette dernière, avec toute l'objectivité possible, et, utilisées dans un sens bien précis :

en effet, à qui nous adressons - nous ?

- A des femmes qui, provisoirement ou définitivement, veulent supprimer tout risque de gestation.

- Certaines s'en remettent au médecin, entièrement.
- D'autres, éprouvent, dès le départ, une aversion ou au contraire, une préférence pour telle ou telle méthode.

* Ce point, capital, est sensé ne pas être ignoré. L'on doit prendre conscience de cette "attitude" de la femme vis-àvis d'une technique contraceptive- L'on doit la déterminer, dès le début.
Par la suite, toute la conduite sera dictée par l'éventualité de la mise en route de la méthode choisie par la consultante elle-même, ou par le couple; ou par son interdiction, au contraire. Il y aura lieu de lui exposer les raisons médicales justifiant le bien-fondé de son choix. Dans le cas contraire, l'on saura lui démontrer qu'à la suite de nos examens, la méthode choisie ne saurait être immédiatement - voire, définitivement - applicable à son cas particulier.
Il conviendra, dès lors, de lui exposer avec tout le tact nécessaire en quoi son état actuel est incompatible avec tel ou tel mode de contraception, et de lui faire faire un autre choix - C'est ainsi que plusieurs observations relatent les cas de femmes venues en consultation "pour le diaphragme" mais dont l'examen révèle un prolapsus des organes génitaux tel, que ce serait anatomiquement, impossible. A ces femmes, nous expliquons en détail les raisons qui nous conduisent à leur proposer une autre méthode.
En prenant le temps de nous assurer qu'elles les ont bien comprises, nous respectons ainsi "l'ambiance" de la consultation.

Cette attitude, adoptée par le médecin tout au long des consultations, vise à réduire au minimum le facteur personnel inhérent à chaque prescription de méthodes contraceptives. Elle cherche à éviter que d'aucun n'ait tendance à devenir le spécialiste de la contraception orale, ou d'autre le spécialiste du stérilet, pour des raisons de commodité, d'habitude, de temps ou de préférence personnelle.

Ainsi, en reprenant les cas des femmes qui désirent le préservatif féminin, sur l'exemple de leur meilleure amie, l'erreur serait de les orienter "ipso facto" sur une autre méthode, avant que d'avoir découvert une contre-indication médicale à cette méthode par l'examen complet, telle que cervicite ou prolapsus.

Au total, c'est la femme qui choisira le procédé, en accord avec son partenaire, à condition que le médecin ne découvre aucune lésion le contre-indiquant. C'est donc la découverte de ces contre-indications qui incombe au médecin, plus que sa propre option personnelle.

* par contre, très fréquemment, la femme demande au médecin plus qu'un simple geste technique d'explorations et d'indications. Elle ignore souvent tout des potentialités contraceptives et demande au médecin ce qu'elle doit faire.

Là encore, il ne sera pas question d'imposer sa propre technique ni son propre choix à la consultante. Cette première consultation débutera par toute l'information nécessaire et par un exposé le plus complet de l'éventail contraceptif, avec les contre-indications et l'efficacité en mentionnant les pourcentages de succès.

- Cette information tient une place toute aussi importante que l'examen médical proprement dit, et le choix définitif ne sera fait qu'au terme de ces deux démarches. Quoique nous traitions des résultats de l'examen gynécologique, nous devons souligner, qu'en contraception, l'information a autant de poids que celui - ci. Il convient, en effet, que la femme établisse son choix en notre présence, s'il n'est déjà fait; et qu'elle l'établisse en fonction des éléments d'information qui lui auront été fournis par le médecin, et en fonction aussi, de ses propres réactions psychologiques et de celles de son partenaire. L'examen médical ne viendra que confirmer, ou au contraire, infirmer cette première option.

- La présence d'une contre-indication temporaire sera suivie d'un traitement visant à guérir la lésion diagnostiquée; et, après des mesures contraceptives dites "d'attente", l'on reviendra à la technique primitivement choisie.

- Il semble ainsi qu'une méthode contraceptive doive faire l'objet d'un choix actif de la part du couple et que cette prise de conscience soit nécessaire à l'efficacité du procédé.

- Tout ce qui sera découvert restera sans valeur si l'on ignore cette "dimension" psychologique propre à la contraception. En ne procédant pas ainsi, l'on aboutirait à des échecs successifs aux différentes méthodes. L'explication de ces échecs allierait à la fois l'indocilité de la femme et les phénomènes somatiques.

Ainsi donc, considérées sur le plan de la contraception pure, les données de l'examen médical, pour limitatives qu'elles soient, ne sauraient être envisagées que dans le cadre du choix d'une méthode, choix plus ou moins étendu selon les résultats de cet examen.

Pourtant, à l'occasion de certaines découvertes, et en nous situant, cette fois-ci sur le plan purement médical, nous pouvons être amenés à nous interroger en tant que médecin , sur le sens et les conséquences des divers examens pratiqués -

Nous avons donc dépouillé quelques 628 dossiers portant sur deux années de consultation de "planning familial" et, et nous y avons relevé les différentes lésions découvertes.

Dans leur présentation qui va suivre, il nous a semblé plus judicieux d'adopter un plan que se rapproche le plus possible de la réalité - à savoir :

1°) découverte de lésions inflammatoires génitales communes, de diagnostic rapide, en premier lieu.

2°) découverte de lésions faisant appel à des examens complémentaires plus spécialisés, de diagnostic

plus long, en deuxième lieu.

3°) Enfin découverte de lésions histologiques reconnues à la suite des frottis cytologiques systématiques, en dernier lieu.

F

Les résultats de ce travail ne nous semblent guère mériter valeur absolue. Ils sont ce qu'ils sont. Ils dépendent, en effet, du type particulier de la population ici même envisagée, population statistique de 628 sujets de sexe féminin, d'âge jeune se situant nécessairement avant la ménopause, et en période d'activité génitale.

Parmi ses caractéristiques, nous avons pu observer :

1) Un pourcentage de 42 pour 100 pour lequel la consultation de "planning familial" n'a joué aucun rôle de dépistage :

- soit, parce qu'il n'existait pas de lésions à découvrir.
- Soit, parce que les lésions étaient déjà connues chez des malades déjà suivies en gynécologie et adressées au "planning" par cette dernière pour leurs problèmes contraceptifs.

2) Un chiffre de 58 pour 100 de lésions découvertes, dont 2 pour 100 de prolapsus isolés.

3) Par ailleurs, une proportion de 44 pour 100 de consultantes vient après un accouchement survenu dans les quatre mois précédant la consultation.

et de 8 pour 100, après un avortement.

- Ces antécédents obstétricaux récents ne sont, certes, pas sans influence sur les lésions découvertes, en particulier les lésions cervicales.

4) Enfin, il nous a fallu tenir compte d'un autre facteur, bien propre à faire apprécier le rôle de découverte joué par cette consultation - Il concerne les femmes - évaluées à 8 pour 100 - chez lesquelles une méthode contraceptive moderne a déjà été prescrite, mais en dehors du service. Chez celles-ci, nous verrons que certaines lésions étaient passées inaperçues et non traitées.

2ème PARTIE

LESIONS COMMUNES

I - Les VAGINITES

En reprenant quelques 628 dossiers de consultations du planning familial, nous avons recensé un grand nombre d'affections.

(A) . Nous commencerons par les plus banales d'entre elles, et les plus anodines -semble-t-il - à savoir, les vaginites. Il s'agit de vaginites de la femme en période d'activité génitale, c'est-à-dire jeune, et dont le diagnostic est porté sur la découverte de leucorrhées - d'aspect variable selon l'étiologie - expliquant les divers troubles fonctionnels accusés par cette jeune femme lors de l'interrogatoire : dyspareunie, brûlures, prurit vulvaire. L'examen direct des sécrétions vaginales diluées dans une goutte de sérum physiologique, au microscope optique, nous permet le plus souvent de retrouver le trichomonas vaginalis lorsque celui-ci est responsable de l'infection, et nous conduit alors au traitement approprié (local et général), pour notre part le metronidazole ou flagyl *, traitement appliqué sur la patiente et sur son partenaire.

. Si l'aspect des leucorrhées nous y invite, nous recherchons, aussi, le diplocoque de Neisser.

(B)

. Quoiqu'il en soit, 9% de nos consultantes sont atteintes de vaginites à la première consultation.

- La majorité d'entre elles accuse une vaginite parasitaire à trichomonas vaginalis, soit 7% de l'ensemble de la population.

- En outre, si 9% sont atteintes de vaginites, 3% sont atteintes de vaginites et relèvent d'un accouchement ou d'un avortement récents, ou dans les antécédents proches - c'est à dire dans les quatre à cinq mois ayant précédé la consultation au maximum -

- 0,4% sont atteintes de vaginites et étaient déjà sous contraceptifs oraux prescrits à l'aveugle, sans surveillance particulière. Ces résultats appellent quelques remarques :

. Nous n'irons pas pécher par pessimisme en essayant - à tort - de démontrer la gravité d'une vaginite, car cette gravité n'existe évidemment pas.

(1) - La vaginite est bien une infection anodine, fréquente, banale, à tel point que l'on ne consultera pas pour elle. Et les diverses petites anomalies fonctionnelles qu'elle entrainera seront de moins en moins bien supportées, et retentiront plus ou moins sur le psychisme ou, pour le moins, sur la vie sexuelle du couple.

Or, pour le médecin, également, rien n'est plus anodin que d'en faire le diagnostic et de prescrire un traitement susceptible d'entrainer la guérison. C'est donc le fait de 9% des femmes venues consulter. Ces petites affections auront ainsi le mérite de ne pas s'étendre, et leur éradication peut bien, alors être considérée comme une simple mesure d'hygiène.

(2) - 7 % de nos consultantes sont atteintes de vaginites parasitaires à trichomonas vaginalis, dont la leucorrhée est le plus souvent abondante, spumeuse, accompagnée de colpite, saignant parfois. La dyspareunie n'est pas rare. De plus, le partenaire est aussi infecté, primitivement ou secondairement -
C'est pourquoi, la découverte du parasite dans les sécrétions entraîne deux gestes thérapeutiques :

1. traitement de la femme,
2. traitement de son partenaire.

Ce traitement - local et général - s'il fait partie des mesures d'hygiène, constitue en outre une étape de la lutte anti-vénérienne puisqu'il est admis que la trichomoniase est une affection vénérienne, dans de nombreux cas. De plus, la recherche du diplocoque de Neisser et la pratique concommittante systématique de la réaction de Bordet-Wassermann, demandées sur les données de l'examen clinique, visent à dépister deux autres affections vénériennes : blennoragie, et syphillis.

(3)

3 (a) . Par ailleurs, la colpite parfois associée à la vaginite par trichomoniase surtout, est souvent défavorable à l'involution des lésions cervicales secondaires à l'accouchement ou à l'avortement retrouvés dans les antécédents récents de 3 % de nos consultantes

C'est-à-dire que si 9 % ont une vaginite, 3 pour 100 ont une vaginite et relèvent, en plus, d'un antécédent obstétrical récent susceptible de "fragiliser" leur col. Le traitement de l'infection est donc, là encore, plus que souhaitable.

3 (b) - Sur cet antécédent obstétrical récent que nous nous sommes efforcée de rechercher tout au long de ce travail il nous faut apporter quelques précisions - Tout d'abord il nous semble, à priori, un facteur important - Mais, de toute façon, il s'impose à nous par la force des choses puisque c'est très souvent à la maternité que la parturiente exprime le voeu d'arrêter ses gestations, et qu'elle est adressée, de là, à notre consultation de planning.

3 (c) - En ce qui concerne les vaginites par rapport à ce facteur, il nous semble vain de rechercher entre : l'accouchement (ou l'avortement) et l'infection vaginale une relation de cause à effet.

Par contre, plus importante nous semble la guérison - sous traitement - d'une vaginite découverte à la suite d'une gestation - Le fait même de la guérison nous permet d'envisager le traitement et son indication sous l'angle de la prophyllaxie des suites lointaines ou proches de l'accouchement. Seul cet aspect a retenu notre attention.

(C)

- Ainsi donc, au décours de notre consultation, il est banal de découvrir une vaginite - Encore faudra-t-il en faire un diagnostic étiologique, en particulier :
  - trichomoniase
  - mycose
  - ou germes banaux
  - voire syphillis, ou blennorragie.

- L'essentiel sera son traitement et son succès thérapeutique qui pourra constituer :
  - une mesure d'hygiène
  - une étape de la lutte anti-vénérienne
  - un élément de la prophyllaxie des suites de couches

  et qui aura le mérite, enfin, d'éliminer le substratum organique des divers troubles fonctionnels accusés par la jeune femme dont la dyspareunie et les désordres psycho-affectifs qui en découlent pourront disparaître, ou persister au contraire, et faire rechercher, alors une autre étiologie.

II - Les ECTROPIONS

(A) A - 1)

- Quoi de plus banal, encore, que de découvrir un ectropion ! En effe

L'examen clinique du col est systématique, et, son inspection à l'aide du spéculum, en rend le diagnostic facile. Sa découverte

permet, alors, de rattacher à une cause organique, les quelques troubles fonctionnels révélés par l'interrogatoire - à type de leucorrhées rebelles ou de saignements. Nous sommes donc ramenés à un problème gynécologique quotidien. Ce contrôle clinique du col présente, sur le plan de la consultation du planning familial, un autre intérêt; il est, en effet, primordial pour pouvoir entreprendre une technique contraceptive. Il nous permet d'apprécier l'état du museau de tanche dont l'aspect macroscopique est celui d'un épithélium semblable à l'épithélium vaginal. Comme celui-ci, il est doué de la propriété de "prendre le lugol"

- à savoir : d'être coloré en brun par une solution iodo-ioduréc, car comme la muqueuse vaginale, il est chargé de glycogène. Cette propriété est, comme chacun sait, utilisée dans le test clinique de Schiller.

A - 2) La découverte d'une anomalie est, certes, préjudiciable à la prescription d'une contraception orale par oestro-progestatifs, mais un diagnostic précis et une thérapeutique bien conduite doublée d'une surveillance ultérieure suffiront généralement :

Conditions nécessaires et suffisantes. Par contre, les contraceptifs intra-utérins et les préservatifs féminins nécessitent un col parfaitement <u>sain</u>. Dans le cas contraire, il existe une contre - indication à ces méthodes.

C'est pourquoi, l'inspection du col, geste de routine, prouve, au niveau de cette consultation plus qu'ailleurs, son caractère indispensable.

A - 3) L'ectropion envisagé est reconnu à son aspect rouge et brillant situé au pourtour de l'orifice cervical. Cet éversement de la muqueuse endocervicale hors de l'orifice permet au clinicien d'apercevoir cette dernière qui est, normalement invisible.

A - 4) Mais l'aspect macroscopique du museau de tanche, complété au besoin par le test de Shiller et l'examen au colposcope, ne constitue qu'un des éléments d'appréciation de l'état cervical. Les frottis cytologiques systématiques complètent heureusement les résultats de l'examen clinique. Nous y reviendrons.

A - 5) Ainsi définies les conditions et les limites de l'examen clinique aboutissant à la découverte d'un ectropion, deux points seront précisés d'emblée :

a) Le premier est qu'un facteur infectieux est souvent surajouté et que cette infection ou cervicite entraîne l'indication d'une thérapeutique appropriée,

b) Le deuxième, plus important sans doute, est la potentialité évolutive de l'ectopie vers les processus dysplasiques et des rapports que ceux-ci peuvent avoir avec les formations néoplasiques

L'on doit garder à l'esprit les données anatomopathologiques sous-jacentes selon lesquelles les cellules endocervicales de l'ectopie laissent place à des cellules Malpighiennes - Soit, par glissement de l'épithélium exocervical voisin - soit, par métaplasie, ce dernier mécanisme conduisant plus souvent à des anomalies cellulaires - Nous reviendrons, plus bas, sur ce caractère évolutif, au sujet de la signification qui pourra être donnée à nos résultats.

(B)

B. 1) Ces résultats, dénombrés sur les 628 femmes examinées montrent une proportion de 30 pour 100 de sujets atteints d'ectropion, au premier examen.

B. 2) 16 pour 100 présentent un ectropion et ont un antécédent obstétrical dans les mois qui précèdent la consultation, soit un accouchement, soit un avortement cureté.

B. 3) En outre 3 pour 100 des 628 femmes présentent un ectropion alors qu'elles utilisent déjà une méthode contraceptive, prescrite ailleurs et sans aucun contrôle clinique et, encore moins, cytologique !

(C)

C.1) Ces chiffres nous montrent, tout d'abord, le bien fondé et la nécessité de l'examen du col. Quoique le pourcentage de 3 pour 100 ne soit pas conséquent sur la plan quantitatif, il n'en reste pas moins que 3 pour 100 des femmes examinées sont venues spontanément pour bénéficier d'un contrôle qu'elles n'avaient pas reçu ailleurs. Elles ont bien fait puisque leur ectropion n'aurait peut-être pas évolué favorablement, en l'absence de traitement, et du fait aussi des techniques contraceptives appliquées simultanément à cette dystrophie - dont le diagnostic n'avait pas été reconnu - faute d'examen préalable.

C.2) La conduite thérapeutique appliquée, alors, consiste à détecter le facteur infectieux accompagnant l'ectropion. Dans ces cas, elle élimine provisoirement toute pose de contraceptif intra-utérin ou de préservatif féminin, ordonne l'abstinence ou des rapports protégés pendant toute la durée du traitement anti-infectieux mis en route, traitement général par les antibiotiques ou les sulfamides, traitement local à base de comprimés gynécologiques, et du traitement anti-inflammatoire, parfois.

L'éradication de l'infection concommitente peut suffire, mais, le plus souvent, elle nécessite, en outre, la destruction de la muqueuse, au cours d'un deuxième temps thérapeutique. L'exérèse réalisée se fait selon deux méthodes choisie en fonction de l'opé-

rateur ; soit une éxérèse par cautérisation chimique de l'ectopie au niveau de l'exocol, soit par diathermo-coagulation exocervicale, en l'absence de rétroversion utérine.
Ce traitement est univoque et appliqué à l'ectropion, quelque soit l'anamnèse de la consultante. Il est donné aux trois lots des consultantes envisagées :

- Ier lot - celles qui avaient déjà une technique contraceptive
- 2 ème lot - celles qui présentaient un antécédent obstétrical proches
- 3 ème lot - les autres.

Ainsi, en reprenant nos résultats, nous voyons qu'un deuxième lot de femmes présentant un ectropion ont, dans leurs proches antécédents, un évènement obstétrical, elles sont I6 pour I00, alors que le nombre total d'ectropions est de 30 pour I00. L'on peut affirmer que la moitié des ectropions découverts surviennent à la suite de cet antécédent obstétrical.

A ce propos, il convient de rappeler ici les notions établies par les Américains, selon lesquels l'expulsion de l'oeuf - survenant au cours de l'accouchement (ou à un moindre degré de l'avortement) et favorisant l'éversement de l'endocol au pourtour de l'orifice cervical - entraîne des déchirures cervicales qu'il importe de réparer immédiatement après la délivrance par quelques points de catgut même s'il s'agit de déchirures partielles. Cette méthode des

obstétriciens américains prévient l'apparition des ectropions ultérieurs grâce à la réparation des brêches qui favoriseraient leur survenue. Ils peuvent ainsi assurer la prophyllaxie des lésions cervicales, et par voie de conséquence, les formations cancéreuses, à plus long terme.

De même, si l'action thérapeutique que nous entreprenons sur tout ectropion a une visée curative immédiate, elle peut, certes, être considérée, aussi, comme une mesure préventive, au même titre que la méthode américaine bien qu'elle soit située à un niveau quelque peu différent puisque la lésion est déjà constituée. Mais, en définitive, elle aboutit au même résultat, et nous pouvons comparer les deux méthodes.

C. 4) Le troisième lot restant constitue l'autre moitié des 30 pour 100 d'ectropions qui ne présente pas d'accouchement récent. Par contre, nous n'avons pas relevé une nullipare parmi tous les ectropions retrouvés. La parité semble donc, dans la population des 628 femmes étudiées, le facteur essentiel de l'ectropion. L'on peut donc penser qu'en l'absence d'antécédent obstétrical récent, la lésion découverte au moment de la consultation évolue depuis plus longtemps que celle du deuxième lot vers un stade où elle aurait dû être cicatrisée si l'infection et d'autres facteurs défavorables ne s'en étaient mêlés, mais que cette lésion est liée, elle aussi à un accouchement plus ou moins ancien. Le traitement institué survient

plus tard mais il nous semble, en définitive, pouvoir, lui aussi, être envisagé dans la même optique que les mesures prophylactiques américaines : il répare les effets nocifs du passage foetal en assurant au col une trophicité normale; et ce maintien d'un col sain est bien la meilleure méthode connue de la prophyllaxie du cancer.

(D)

D. 1) A ces notions cliniques, il est opportun de rattacher ici, le problème déjà mentionné au début de ce chapître et concernant l'évolution anatomique et microscopique de la dystrophie cervicale une fois constituée. Peut - être le clinicien pourra-t-il y trouver quelque signification ?

D.2) L'évolution spontanée de l'ectropion aboutit à la cicatrisation par réépidermisation du col, et l'un des modes de cette régénération se fait par métaplasie à partir des cellules de réserve endocervicales, lesquelles subissent une métaplasie épidermoïde dite normale. Cependant, ce mode de régénération par métaplasie n'est pas le plus normal. Elle peut donner naissance aux dysplasies cervicales (les "épithéliums atypiques" d'Hinselmann) lésions histologiques traduisant de notables perturbations cellulaires (De Brux et Palmer)

D. 3) Parmi ces dysplasies, les unes régulières, sont assurément bénignes; les autres, irrégulières, caractérisées par de grosses pertubations de la maturation cellulaire, posent un problème diagnostique différentiel avec le carcinome; leur histogénèse (De Brux, Palmer) montre qu'elles proviennent d'une dystrophie cervicale (d'un ectropion par exemple) dont certains éléments se transforment en épithélium métaplasique actif indifférencié (E.M.A.I) dont la différenciation conduit à la dysplasie irrégulière, elle-même se transformant pour finir en dysplasie régulière.
Ce qui se passe à l'échelon cellulaire est important à connaître pour le clinicien. L'ectropion, au cours de sa cicatrisation peut se transformer en dysplasie.

D. 4) Or, ce n'est pas la seule inspection du museau de tanche qui nous permettra le diagnostic d'une dysplasie cervicale ! Les examens paracliniques viendront le compléter. Les frottis cytologiques systématiques, grâce à l'exfoliation des cellules anormales, permettent de porter le diagnostic de dystrophie simple, de dysplasie régulière ou irrégulière d'après les caractères histologiques évocateurs.

Ainsi donc, de tout cela, il convient de tirer quelques conclusions. Que savons nous en effet ? Que l'ectropion peut se transformer en dysplasie irrégulière dont on sait faire le diagnostic.

Que cette dysplasie irrégulière peut poser un problème de diagnostic différentiel avec le cancer pour certains cytologistes, qu'enfin on la retrouve fréquemment au pourtour du carcinome cervical.

Nous savons encore que : si, d'une part - dans l'état actuel des connaissances histologiques - on ne peut pas parler d'une relation de filiation entre la dysplasie irrégulière et le cancer - on ne peut pas, non plus , retrouver l'apparition d'un cancer du col sur col sain surveillé régulièrement (disparition du cancer du col en Suisse).
Il convient donc au clinicien de considérer avec doute les dysplasies; celles-ci pouvant provenir d'un ectropion, le traitement des ectropions découverts au cours de la consultation de planning familial peut bien être considéré comme une mesure prophyllactique du cancer.

III - Les CERVICITES

(A) L'examen du col peut montrer, en l'absence d'ectropion, un état pathologique, traduisant une inflammation cervicale visible l'oeil nu et classée sous la rubrique "cervicites". Elles sont distinctes des ectropions infectés vus plus haut, et réalisent soit une exocervicite avec hyperhémie et congestion du col accompagnées de remaniements voire d'érosions, soit une endocervicite reconnue à

l'examen clinique de la glaire cervicale louche, purulente ou opaque dans laquelle l'examen microscopique extemporané retrouve de nombreux polynucléaires.

(B) Il faut bien reconnaître que le dépistage de ces affections, en tant qu'élément isolé, ne donne qu'un faible pourcentage de cas dénombrés. Seulement 4 pour 100 des 628 femmes en font l'objet; et 2 pour 100 des femmes atteintes de cervicites ont un antécédent obstétrical récent, soit la moitié. Quant aux cervicites survenant au cours d'une contraception prescrite ailleurs et sans contrôle, elles ne sont que de 1 pour 100; nous n'y reviendrons pas.

(C)

C. 1) Ces cervicites peuvent accompagner une vaginite. Elles peuvent faire suite à un accouchement ou avortement, souvent suivi d'ectropion plus ou moins cicatrisé au moment de ce premier examen, mais ayant laissé en place une cervicite.

C.2) L'examen au colposcope est demandé tout de suite, ou après traitement anti-infectieux et anti-inflammatoire d'une durée de quinze jours. Il découvre une zône de remaniement congestive et hypervascularisée mêlée de traînées rosâtres, avec des kystes de Naboth voire une ou plusieurs ulcérations.

Le test de Schiller montre l'aspect rassurant de colpite caractérisée par une zône iodo-négative à contours flous constituée de piqueté hémorragique réalisant un pointillé iodo-négatif à limites floues.

C. 3) Ces aspects - clinique et colposcopique - sont mouvants et polymorphes. Ils traduisent les profondes modifications subies par le col au cours de la cervicite.
La présence d'une ulcération considérée comme une dystrophie est comparable à celle d'un ectropion en ce sens qu'elle peut, au cours de sa cicatrisation, se transformer en dysplasie, d'où la surveillance colposcopique et cytologique de ces cols à la recherche de lésions suspectes iodo-négatives à contours nets : mosaïque, base, leucoplasie, et aussi de cellules anormales, séquelles possibles de l'évolution défavorable d'une cervicite.

(D) Ainsi donc, la recherche des cervicites montre qu'elles sont plus rarement retrouvées que les ectropions. Mais cervicites et ectropions sont comparables tout d'abord sur le plan de la contraception car leur présence contre-indique diaphragme et stérilet susceptibles de les entretenir; ou de les aggraver de complications inopportunes. Elles sont comparables aux ectropions par leur potentialité évolutive en dysplasies. Cette potentialité impose le contrôle clinique, colposcopique et cytologique de la lésion, et la surveillance après traitement. L'efficacité du traitement va permettre, dans l'immédiat, la réalisation d'une méthode contraceptive.

Elle permet, en outre, de stopper l'extension de l'infection et sa propagation au niveau des trompes, facteur de stérilité ultérieure prévenue par la thérapeutique instituée. Enfin et surtout, comme il l'a déjà été dit plus haut à propos des ectropions, elle serait une mesure préventive du cancer et, pour cela, nous renvoyons aux notions exposées au chapitre précédent.

IV - ANNEXITES et PARAMETRITES

(A) Le toucher vaginal permet de découvrir quelques anomalies au niveau de l'appareil génital examiné, et, parmi celles-ci nous avons retrouvé l'inflammation péri-utérine, les chiffres trouvés étant les suivants :

A. I) - I3 pour I00 ont une inflammation péri-utérine

A. 2) - alors que 4 pour I00 présentent cette affection et ont un antécédent obstétrical proche -

A. 3) - Nous citons pour mémoire les I pour I00 atteints et déjà sous traitement contraceptif, malgré la présence de cette lésion qui - faute d'examen - n'avait ni été reconnue ni traitée.

- Enfin, toutes ces femmes ont un passé obstétrical ; il n'y a pas de nulliparo

(B)

B. 1) Les circonstances qui nous amènent à porter un tel diagnostic sont bien particulières à la consultation de contraception. Il ne s'agit pas, ici, des formes aigues de salpingite ou de pelvi-péritonite dont les signes sont plus bruyants et plus riches tant dans la sphère fonctionnelle que dans la sphère physique. Il n'y a là aucun caractère d'urgence. Il ne s'agit pas non plus des formes douloureuses et traînantes poussant la malade vers la consultation de gynécologie. La jeune femme n'est pas venue pour une gêne fonctionnelle car elle ne souffre pas. L'examen qu'elle va subir a pour but d'éliminer une inflammation péri-utérine; celle-ci est une contre-indication absolue à la mise en place d'un contraceptif intra-utérin, à toute manoeuvre endo-utérine. Ce sont donc des formes sub-aigues, des formes chroniques et silencieuses que l'examen physique et le toucher vaginal vont découvrir.

L'aspect clinique de ces formes se traduit par la sensation tactile d'une masse latérale, d'un empâtement, d'un cartonnage, d'une sensibilité anormale, d'une douleur isolée, éléments suspects en eux-mêmes mais parfois, associés de manière évocatrice, par exemple : masse douloureuse latérale gauche et douleur latérale droite, la bilatéralité de ces signes n'étant pas rare. C'est ce que nous dénommons grossièrement "annexite", le terme paramètrite correspondant à la mobilisation douloureuse du corps utérin. Nous tenons

compte, de surcroît, aux signes d'accompagnement fréquemment retrouvés, en particulier aux leucorrhées par cervicite associée.

Au terme de cet examen, nous étiquetons ces anomalies "d'annexite" ou de "paramétrite" mais il ne s'agit là que d'une approximation propre à nous imposer une conduite particulière. Nous en restons aux seules données cliniques et ne possèdons aucun des arguments radiologiques de l'hystéro-salpingographie ni des arguments endoscopiques de la coelioscopie pour porter un diagnostic précis sur la lésion considérée. L'atteinte peut porter aussi bien sur la trompe que sur l'ovaire ou sur le tissu cellulo-fibreux pelvien, nous ne pouvons en faire l'estimation exacte. Il est certain qu'il existe"quelquechose d'anormal" et que la nature organique de cette perception appelle une sanction thérapeutique.

La conduite adoptée consiste à informer la femme de la présence d'une petite inflammation qu'il convient de traiter et de surveiller avant que d'entreprendre la technique contraceptive de son choix. Les cas dont il est question dans notre propos ne sont pas justiciables d'une intervention chirurgicale puisqu'ils sont silencieux pour la plupart et, bien sûr, n'entraînant pas, à ce stade, de stérilité; de plus, ils ne sont pas corroborés par des examens paracliniques. Le traitement médical reste donc la méthode de choix il utilise le traitement anti-infectieux à base d'antibiotiques et

(ou) de sulfamides - à large spectre puisque l'étiologie bactérienne est, là encore, ignorée du clinicien; il est associé à un traitement anti-inflammatoire variable selon le choix du consultant, ou à une vaccinothérapie, le tout pendant une durée de quinze jours à trois semaines, période au bout de laquelle les signes cliniques doivent avoir disparu pour permettre la mise en route de l'arsenal contraceptif.

Si les lésions découvertes comprennent 13 pour 100 d'annexites, il semble surprenant que 4 pour 100 seulement aient un avortement dans leurs antécédents. Ces chiffres appellent certaines remarques : en relevant le facteur "antécédent obstétrical" , nous n'avons tenu compte que de l'antécédent récent, réalisé le plus souvent à la Maternité du service d'où la jeune femme nous a été adressée. Ce chiffre correspond donc aux 4 pour 100. Mais parmi tous les cas dénombrés aucun n'est vierge de passé obstétrical. L'antécédent existe mais il est plus lointain : accouchement ou fausse couche provoquée retrouvés dans tous les dossiers, et qui ont été suivis d'un retour au domicile comme à la vie sexuelle ainsi qu'aux moyens contraceptifs de fortune jusqu'ici utilisés mais dont l'insuccès - joint à l'inquiétude qu'une récidive d'un tel accident ne finissent par pousser l'ex-parturiente à venir consulter, d'autant qu'elle aura pris la peine de s'informer qui, auprès de ses voisines ou de l'assistante sociale, qui auprès du C.F.P.F., du problème

qui l'intéresse. Certaines (I pour 100) sont même déjà sous médication oestro-progestative. C'est pourquoi l'origine obstétricale est, en définitive, communément retrouvée dans l'étiologie de ces annexites qui en constituent une séquelle.

Ainsi donc, si l'appréciation clinique d'une inflammation péri utérine est importante pour l'indication justifiée d'un procédé contraceptif prescrit sans danger, sa découverte et l'efficacité du traitement concommitant, ont bien la valeur d'un dépistage arrêtant à temps l'évolution d'une affection que la pratique gynécologique retrouve habituellement à des stades plus tardifs et, séméiologiquement, mieux définis : non pas les salpingites aiguës; mais les salpingites chroniques à forme algique continue et paroxystique - de diagnostic clinique parfois difficile amenant le praticien - face à ces "douloureuses pelviennes" - à demander les examens paracliniques ; ceux-ci pourront éventuellement montrer : hydrosalpinx, pyosalpinx ou adhérences péritonéales multiples. Ou ce sera, encore, devant une stérilité secondaire que l'on sera conduit à mettre en évidence la responsabilité tubaire. Toutes séquelles qu'un diagnostic précoce est susceptible d'éviter, et, diagnostic établi au cours de la première consultation du "planning familial".

V - PROLAPSUS

(A) La "descente des organes", est reconnue à l'examen physique, en faisant pousser la malade, à l'aide des deux valves du spéculum séparées à l'occasion de cet examen : valve postérieure, puis valve antérieure - A l'effort, à la toux, s'extériorise parfois un colpocèle antérieur ou postérieur, ou mixte. Le diagnostic porté est seulement clinique. Il n'est pas du ressort de cette consultation d'établir un colpocystogramme dont l'étude appartient aux consultations beaucoup plus spécialisées. En effet, nous n'abordons ici que les découvertes de prolapsus qui n'entraîneront aucune sanction thérapeutique et qui, le plus souvent, ne gêneront aucunement la patiente. Il n'y a même pas, à leur sujet, de problème pour la discussion d'une indication chirurgicale.

(B)

B. 1) - Ces petites anomalies morphologiques sont retrouvées dans 16 pour 100 des cas, et seulement 1 pour 100 en ressent une gêne fonctionnelle, la plus regrettable étant l'incontinence urinaire où la perte de la sensation de la miction qui survient brusquement à la toux, à l'effort, à l' ascension d'un escalier, est certes préjudiciable chez des femmes qui sont jeunes mais heureusement, peu nombreuses.

B.2) - Sur ces 16 pour 100 de prolapsus, on relève 50 pour 100 de femmes présentant un antécédent obstétrical récent à type d'accouchement ou d'avortement,

B. 3) et 95 pour 100 présentent un passé obstétrical sinon toujours chargé, du moins toujours présent : fausse couche ou accouchement. Bref, 95 pour 100 ont connu la gestation ou les gestations.

B. 4) Que penser des 5 pour 100 restants ? Que certaines femmes n'ont pas mentionné tous leurs antécédents pour des raisons que nous n'avons pas à élaborer ici; et qu'un autre facteur étiologique a pu intervenir dans la génèse des prolapsus.

(C)

C. 1) Quoiqu'il en soit, il est de bonne guerre de rechercher cette anomalie si l'on se cantonne aux besoins de la contraception, car sa présence rend impossible l'utilisation du diaphragme.

C. 2) Par ailleurs, les conséquences thérapeutiques étant nulles, seule cette visée fonctionnelle peut retenir l'attention, d'autant plus que la moitié des femmes, vues dans les suites d'un accouchement ou d'un avortement, verront leur prolapsus régresser - voire, disparaître -. L'accouchement a bien souvent un effet transitoire; et, c'est son rôle, ainsi que celui de la multiparité qui n'a fait que d'être confirmé au cours de ce travail.

(D) Ainsi donc, si la découverte de prolapsus, au cours d'une première

consultation de contraception, présente quelque intérêt vis - à - vis de cette dernière, et si le chiffre des 16 pour 100 retrouvés est appréciable, il ne nous semble pas permis d'en tirer d'autre conclusion que de les considérer comme des suites obstétricales dont la fréquence reste expliquée par la population, ici même étudiée, et constituée en majeure partie par des multipares.

3ème PARTIE

AUTRES LESIONS

. Nous avons insisté sur la découverte des lésions les plus fréquentes dont le traitement immédiat amenait à la guérison. Ce sont les conséquences de cette thérapeutique précoce qui nous ont semblé devoir davantage retenir l'attention. Mais, cependant, certaines d'entre elles, peu nombreuses, ont nécessité des investigations complémentaires et un traitement plus particulier.

. Enfin, la découverte fortuite d'autres formes pathologiques, nouvelles, a été observée.

. Elles ont toutes nécessité l'apport d'une consultation spécialisée de gynécologie, et, si leur nombre en est parfois réduit à l'unité, l'évaluation en pourcentage n'étant guère possible, l'on se souviendra que le total des lésions qui font maintenant notre propos réprésente un pourcentage de 10 pour 100 de la population totale.

(A)

(A) . I .

A - I a) Prolapsus

C'est ainsi que la contre-indication du diaphragme pour les prolapsus a été la seule conséquence de cette lésion anatomique. Dans deux cas, cependant, il a fallu poser une indica-

tion chirurgicale, en raison des signes fonctionnels urinaires et de l'importance du délabrement de la statique périnéale - à savoir l'hystérectomie avec réfection du périnée. L'une de ces deux femmes était déjà sous contraception orale et suivie par son médecin. Elles avaient respectivement 38 et 43 ans, ce qui est nettement au-dessus de la moyenne d'âge de la population consultante.

A - I b) Rétroversions

Autres lésions anatomiques, les rétroversions fixées et douloureuses, suivies d'une douglassectomie dans un cas, d'une hystéropexie dans l'autre, ont été retrouvées chez deux femmes : l'une de 20 ans, l'autre grande multipare (XIVème pare) de 36 ans.

(A) . II .

Cervicites

Dans 5 cas le remaniement du col de la cervicite a nécessité des recherches plus poussées :

Parmi ces 5 cas :

- L'allure clinique de 2 cervicites après contrôle colposcopique et test au Lugol a nécessité l'envoi en consultation de gynécologie qui a conduit le traitement. Il s'agissait de cervicites du post-partum. Le frottis cytologique avait montré des lésions inflammatoires pathologiques sans signe de malignité. C'étaient des multipares, dont l'une avait 39 ans.

- Parmi les 3 cas restants, l'aspect du remaniement, observé

dans 2 cas, était tel qu'un contrôle colposcopique immédiat montrant des zones iodo-négatives a fait poser l'indication de biopsie cervicale. A l'examen anatomo-pathologique il s'agissait de processus bénins.

- Dans le 3ème cas, le col d'apparence sain n'avait pas alarmé. Mais le frottis systématique avait été classe III de Papanicolaou, et ceci par deux fois. La biopsie cervicale et l'examen anatomo-pathologique de la pièce avaient révélé l'existence d'une endocervicite à évolution polypeuse histologiquement bénigne.

Ces trois femmes avaient respectivement : 38, 37 et 26 ans. Les points communs de ces observations sont bien l'âge plus élevé, et la multiparité.

(A) . III ;

Masses latéro - utérines

- La découverte clinique de masses pathologiques, au toucher vaginal, observée dans 3 cas n'a été suivie de diagnostic que dans 2 cas, une de ces femmes ayant été perdue de vue.
- La coelioscopie, pratiquée chez les deux autres femmes a permis de découvrir :

  1) une annexite, banale, chez une jeune fille de 21 ans
  2) une endométriose tubo-péritonéale chez une jeune femme - porteuse d'un stérilet posé par un médecin traitant - et, âgée de 29 ans

Au total, ces lésions font suite à celles que nous avons déjà envisagées dans la 2ème partie de ce travail, mais elles s'établissent à un degré pathologique plus élevé. Leur diagnostic a été plus long a être posé. Elles surviennent chez des femmes plus âgées et multipares; et, elles étaient restées inaperçues, malgré la prescription d'une technique contraceptive établie en dehors du centre de "planning" pour quelques unes de ces femmes.

(B) Une autre catégorie de lésions, d'un type nouveau comporte :

B . I .

B . I . a) Bartholinite

- La découverte d'une bartholinite chez une femme de 38 ans n'ayant reçu aucun traitement et, chez laquelle, l'évolution spontanée a conduit à la fistulisation de l'abcès, diagnostiquée par l'examen systématique.

B . I . b) Crêtes de coq

- Comporte,aussi, la découverte de petites tuméfactions vulvo - périnéales baptisées "crêtes de coq" et d'apparition récente, car cette malade, curetée dans le service pour une fausse couche provoquée un mois auparavant, ne présentait pas,alors, ces lésions.

La biopsie et l'examen anatomopathologique ont permis de classer celles-ci parmi les tumeurs bénignes "condylome acumine". Le traitement médical antibiotique fut accompagné d'une éxérèse chirurgicale, sous anesthésie générale.

(B . II . Au niveau du vagin ..... Cette catégorie de lésions
..... comporte la découverte d'une bride vaginale importante cause de dyspareunie, chez une femme de 33 ans.

..... La découverte d'un kyste vaginal sous -uréthral nécessitant une éxérèse. Un autre kyste vaginal fut laissé en place mais surveillé régulièrement.

- La très faible fréquence de ces kystes vaginaux dans nos résultats correspond à la fréquence habituelle de ces formations en pathologie gynécologique.

B. III ; Au niveau du col

Cette catégorie de lésions comporte, de plus :

- 5 cas de polypes du col utérin .
- Dans 4 cas, l'hyperplasie adénomateuse est survenue dans le post - partum ou le post - abortum, coexistant avec une infection génitale - cervicale ou péri-utérine -. Une de ces quatre femmes suivait déjà une méthode contraceptive.
- Dans le 5ème cas, il n(y avait pas de cervicite. Mais l'examen anatomopathologique du polype a montré qu'il s'agissait d'une cervicite subaiguë, imputable à un avortement provoqué ayant eu lieu trois mois auparavant.

B . IV . <u>Au niveau de l'utérus</u>,

elle comporte :

B.IV. a) La découverte d'une <u>hyperplasie adénomateuse de l'endomètre</u> relevée dans trois observations :

- dans un cas, le curetage biopsique a permis le diagnostic, et la thérapeutique du même coup. Aucun élément malin n'a été retrouvé.
- dans les deux autres cas d'hyperplasie muqueuse, l'hystérosalpingographie a permis de révèler :
  non seulement l'hyperplasie adénomateuse de la muqueuse
  mais encore : { une polypose cervicale,
  une myomatose diffuse,
  un hydrosalpinx unilatéral }
  qui étaient associés

. L'une de ces deux femmes avait, de surcroit, une béance de l'isthme associée.

. Il s'agissait de femmes âgées respectivement de 41 et 44 ans.

. L'une d'entre elles, adressée par son médecin pour "planning" subit, finalement, une hystérectomie totale pour ces lésions.

B. IV. b)

<u>Au niveau du corps de l'utérus</u>

... Elle comporte douze cas de fibromes dont les deux, sus-cités, accompagnés d'hyperplasie muqueuse et d'hydrosalpinx.

. Dans les dix autres cas, l'examen génital -préalable à la contra -

ception - a permis la découverte clinique de fibromes considérés, alors, comme des contre - indications au traitement oestro-progestatif ou séquentiel.

- L'une de ces douze femmes, venue pour contrôle d'un contraceptif intra-utérin posé en dehors de nos soins, a présenté de telles hémorragies qu'une hospitalisation s'est imposée - Elle était porteuse d'un volumineux myome, responsable de ces manifestations.

Rapportés au total de 628, ces 12 fibromes représentent un pourcentage de 2 pour 100. Là encore, l'âge observé était plus élevé que la moyenne générale; en moyenne il était de 35 ans, (allant de 28 à 44 ans) pour les fibromes.

B . V <u>Au niveau des annexes</u>

B . V. a) la découverte de deux <u>hydrosalpinx,</u> déjà mentionnés au sujet de l'hyperplasie muqueuse de l'endomètre ....

B . V ; b) la découverte, au niveau des ovaires, des lésions suivantes (4 cas):

- un <u>kyste de l'ovaire</u> unilatéral, diagnostiqué grâce à une coelioscopie et traité par ponction sous coelioscopie.
- un kyste de l'ovaire unilatéral chez une femme de 39 ans. L'indication chirurgicale de kystectomie suivie d'examen anatomopathologique a permis de conclure à un "kyste dermoïde bénin".

- Enfin, deux cas de dystrophie kystique ovarienne ayant nécessité une coelioscopie, furent traités médicalement par des progestatifs et psychiatriquement par une psychothérapie, l'étiologie psychosomatique ayant paru hautement probable dans la génèse de ces lésions.

B . VI . Au niveau des glandes mammaires

Enfin, par l'examen des seins, au terme du bilan clinique la découverte de seins mastosiques a été observée dans six cas. Une seule forme kystique, ponctionnée, a ramené un liquide dont l'analyse anatomopathologique et cytologique a été normale -.

Dans les cinq autres cas, une mammographie systématique a été demandée.

Ces mastoses n'avaient - cliniquement et paracliniquement - aucun caractère malin.

(C) Enfin, lors de cette première consultation nous avons découvert certaines anomalies, plus difficiles à systématiser :

C.I. a) Troubles de la menstruation

- Ces troubles , plus fonctionnels que bien individualisés en tant que lésions, ont motivé une consultation spécialisée en gynécologie -
- Soit 6 cas sur 628, 1 pour 100, parmi lesquels, une aménorrhée du post - partum, et cinq cas de métrorragies.
- Trois des métrorragies faisaient partie de suites obstétricales : post - partum ou post - abortum et l'une fut hospitalisée.
- Un de ces cinq cas était la manifestation d'une fausse couche spontanée (la malade ignorant sa grossesse !)
- La cinquième fut envoyée en gynécologie pour bilan (biopsie de l'endomètre, hystérosalpingographie) mais elle fut perdue de vue.

C.I. b) Grossesses

De même , quoique la grossesse ne soit pas une lésion, mais un état physiologique, nous devons préciser qu'à l'occasion de la consultation de "planning", nous avons découvert huit cas de grossesses en début d'évolution, découverte fortuite de grossesses accidentelles et loin d'être désirées.

C. II. Nous mentionnons la découverte paradoxale d'une stérilité, d'un couple dont l'interrogatoire avait mis en évidence l'absence de filiation, malgré une activité sexuelle normale et durable, sans aucune précaution contraceptive. L'orchite ourlienne du conjoint, retrouvée dans les antécédents, fut rendue responsable des anomalies du spermogramme et de cette stérilité masculine

(D)

D . I . <u>Malformations</u>

Nous avons observé, en outre, trois cas de malformations génitales découvertes à l'occasion de la consultation de contraception. Il faut y ajouter un cas de béance de l'isthme, déjà mentionné, qui accompagnait un hydrosalpinx avec hyperplasie muqueuse. Mais, nous faisons une place à part pour ces trois jeunes femmes dont l'âge moyen est de 23 ans et, toutes trois, nullipares et chez lesquelles une malformation a été découverte.

D. II. a) Parmi ces trois observations, il nous faut remarquer, encore une fois, que l'une d'entre elles concernait une femme sous contraceptifs oraux prescrits en dehors de nos soins, et que le diagnostic d'utérus bicorne, sans malformation urinaire associée, n'avait pas été porté, ni même suspecté, au cours de cette prescription antérieure.

b) Le deuxième cas répondait à un utérus infantile et en crochet, cliniquement, hypoplasie retrouvée à la radiologie.

D. III. C'est sur le troisième cas que nous insisterons davantage, illustrant du même coup le processus d'une découverte, au cours de la consultation de "planning familial".

D. III a)

- Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, Mademoiselle D..., célibataire, étudiante, envoyée par une amie - Bien portante, bien réglée, nullipare, elle ne présente aucun antécédent particulier, ne serait-ce que la notion d'épisodes albuminuriques inexpliqués.

- A l'interrogatoire, elle manifeste le voeu d'une contraception d'une durée de quatre ans, et, d'emblée, porte son choix sur le stérilet.

- A l'inspection des voies génitales basses, la découverte d'une leucorrhée à trichomonas et d'un ectropion infecté font contre-indiquer celui-ci. De plus, la nulliparité de la jeune fille entre encore en défaveur du contraceptif intra-utérin. Tous faits qui lui seront dûment expliqués.

- Dès ce premier examen, il existe, au toucher vaginal, une impression clinique de malformation utérine : l'on perçoit, en effet, un utérus asymétrique et irrégulier.

- Le traitement anti - infectieux de l'ectropion, ainsi qu'un traitement oestro-progestatif sont prescrits.

- A l'examen de contrôle, deux mois plus tard, la même impression clinique de malformation utérine étant retrouvée, ainsi que la

perception d'une masse gauche pelvienne, volumineuse et adhérente à la paroi, l'on demande une hystérographie que la malade ne fera pratiquer que deux mois plus tard, à son retour de vacances. Le diagnostic de rein pelvien est évoqué

D. III. b) C'est ainsi que l'on sera amené, grâce aux examens complémentaires radiologiques et aux consultations spécialisées de néphrologie, à porter le diagnostic de polymalformations chez cette jeune fille :

- dont la cavité utérine présente une bifidité, l'isthme restant unique et les trompes étant perméables : utérus bicorne unicervical radiologique -
- dont le rein gauche, de siège intra-pelvien, visible à l'urographie intra-veineuse, correspond à la masse gauche découverte lors du toucher vaginal -
- dont l'urographie révèle, encore, la présence d'un spina bifida très important ....

... Autant de découvertes imposant l'indication d'un bilan rénal complet. Ce bilan s'avérant normal, hormis une protéinurie de 0,40 g/l isolée et intermittente, et déjà manifeste dans les antécédents, fait cependant redouter aux néphrologues la survenue d'infections urinaires.

D.III. c) Quoiqu'il en soit, le diagnostic précis n'a pas été vraiment obtenu puisque la coelioscopie n'a pas été pratiquée. En effet, entre deux

consultations de "planning", une intervention chirurgicale pour appendicectomie et kystectomie ovarienne droite (kyste folliculaire) a eu lieu sans que la malade n'avertisse le chirurgien de ses malformations diverses. A la lecture du compte-rendu opératoire, aucune anomalie morphologique ou anatomique n'est signalée. Par la suite, la demande d'une coelioscopie, à visée purement diagnostique n'a pu être exigée de la jeune fille.

. De même, une artériographie rénale aurait suppléé favorablement l'urographie dans le but de savoir si la masse rénale pelvienne correspondait à un r in gauche ou à deux reins. Mais, là encore, l'absence de caractère vital de cet examen a fait surgeoir à son exécution.

. Par contre, les néphrologues ont bien envisagé un facteur héréditaire en découvrant dans les antécédents familiaux la notion de rein en fer à cheval chez un grand-père, et de symptomatologie rénale chez le père de la jeune fille.

D. III d) Nous pouvons donc tirer certaines conclusions au sujet de cette polyformation :

I) sur le plan diagnostique,

- La découverte d'une malformation utérine fonctionnellement muette, un utérus bicorne, a permis d'attirer l'attention sur l'appareil urinaire.

une masse rénale pelvienne ectopique, a permis la découverte d'un très important spina bifida.

Ainsi masse pelvienne et albuminurie ont pu être expliquées par ces curiosités anatomiques.

2) Sur le plan thérapeutique

- contraceptif, d'abord, l'indication des oestro-progestatifs oraux a été posée sous réserve d'une surveillance particulière de la pression artérielle.

- urinaire, ensuite; la possibilité d'épisodes infectieux urinaires, prévus par les néphrologues, s'est réalisée au cours de la surveillance ultérieure - le traitement anti - infectieux discontinu préconisé a, dès lors, pu être appliqué en connaissance de causes.

3) Enfin, sur le plan pronostique,

- la connaissance de la malformation utérine avant même la survenue d'une grossesse a certes, pu présenter quelque intérêt quant à l'avenir obstétrical de cette patiente qui, finalement, se maria au bout d'un an de traitement contraceptif et voulut des enfants. Elle était donc susceptible de présenter des accidents au cours d'une gestation. Quelques fussent ces derniers, et sans qu'il fût forcément indiqué d'intervenir chirurgicalement, l'on doit reconnaître l'avantage qu'il y a à avoir franchi l'étape diagnostique, étape qui prévaut à tout traitement des accidents gravidi-

ques causés par une malformation utérine.

- Quant au pronostic rénal, c'est la surveillance annuelle de la fonction rénale, en milieu spécialisé, qui permettra d'en juger ...

D. IV

Ainsi donc, la découverte de malformations muettes chez des nullipares, au cours de la consultation de "planning familial", semblerait constituer un des éléments de surveillance de leur vie obstétricale ultérieure. Elle permet, en outre, la découverte de malformations associées, urinaires en particulier, et de leurs conséquences.

4ème PARTIE

FROTTIS CYTOLOGIQUES

:-:-:-:-:-:-:-:

Nous avons retrouvé quelques lésions cliniques, faciles à découvrir et bien banales, et nous avons tenté, pour chacune d'entre elles, de voir quelles conséquences favorables pouvait entraîner leur traitement - chez ces jeunes femmes venues pour une régulation des naissances, et non pour ces affections qu'elles ignoraient pour la plupart.

Nous allons aborder, désormais la découverte paraclinique d'anomalies retrouvées chez certaines d'entre elles, à la suite d'un examen systématique pratiqué à toute femme venue consulter, nous voulons parler des frottis cytologiques; leurs possibilités de diagnostic sont considérables :

A

A. 1 * Il nous semble indispensable de reconsidérer cette question dans le cadre du "planning familial", et, pour cela, de répartir des données microscopiques et anatomopathologiques qui sous-tendent la méthode; ainsi précisées ses possibilités, nous pourrons en discuter l'intérêt en tant qu'examen systématique, mais aussi en rechercher les corrélations avec les diverses lésions en-

visagées plus haut, et en fonction aussi d'autres facteurs qui nous auront paru jouer un rôle sur les résultats pathologiques. Nous nous baserons sur l'ouvrage de J.P. PUNDEL ("frottis vaginaux et cervicaux") et sur les résultats observés lors du dépouillement des 628 dossiers ici même envisagés.

A.2 * Quoique ce fait n'ait pas toujours été reconnu, il est
a) désormais admis le plus communément, qu'il existe au niveau du vagin un épithélium dont les variations cycliques sont en rapport avec les incitations hormonales et le rapprochement en cela, de l'endomètre. L'épithélium qui tapisse le vagin constitue donc notre matériel d'étude et ce que nous mentionnerons à son sujet sera extrapolable au revêtement exocervical Malpighien sur lequel nous ne reviendrons pas.

A.2 b) Au 14ème jour, moment de l'ovulation, chez une femme en période d'activité génitale, il existe à la biopsie trois couches individualisées à la périphérie du stroma et de la basale :

La couche profonde subdivisée en basale interne, unicellulaire à cellules basophiles et cylindriques, et en basale externe, pluricellulaire - toutes deux plus foncées que la couche intermédiaire à cellules fusiformes à bords cellulaires plus foncés et réunies par des ponts. Enfin, la couche superficielle, subdivisée en zône de Dierks, profonde, et en zône superficielle proprement dite où les cellules s'aplatissant voient leurs noyaux se rétrécir et devenir prépycnotiques, puis pycnotiques, voire disparaître. C'est un début de kératinisation.

A.2 c) L'épithélium ainsi décrit connaît dans la phase prémenstruelle une diminution d'épaisseur due en partie à la desquamation de certains de ses éléments. Il subit des modifications cycliques au cours d'une phase de prolifération puis de régression. Il a donc pu être étudié, tout comme l'endomètre, à titre de récepteur hormonal; les frottis cytologiques servent alors de tests cyto - hormonaux qui ne font pas partie de notre propos. Par contre, l'étude détaillée de ses cellules peut permettre le diagnostic de certaines lésions.

A.3 *

A.3 a) Le prélèvement du liquide vaginal ou du contenu vaginal récolte non seulement des cellules vaginales mais aussi des éléments cellulaires extra-vaginaux. Il permet grâce à une fixation donnée, et après étalement sur lame d'en faire une coloration qui différenciera nettement noyaux et cytoplasmes et les différentes composantes cytoplasmiques. L'on connaît l'apport essentiel de Papanicolaou et de Schorr sur les techniques de coloration. C'est ainsi que les cytoplasmes se coloreront en blanc et vert ou rouge, que les noyaux pycnotiques prendront une teinte particulière ...

A.3 b) Dans tout cela, quel sera l'aspect cytologique vaginal normal et anormal ?

A.3 b) * Tout d'abord ce seront les cellules vaginales qui prédomi - neront. Elles proviennent en effet d'un processus physiologique de desquamation :

. Les cellules basales profondes, indifférenciées, ne doivent pas être retrouvées dans un frottis normal chez une femme en activité génitale. Leur présence traduit une infection vaginale ou un traumatisme. L'on peut retrouver, par contre, quelques cellules basales externes.

. Les cellules intermédiaires, plus grandes, à bords cellulaires foncés, ne présentent plus leurs ponts caractéristiques, au niveau du frottis. Si leur nombre est assez réduit pendant le cycle sauf en période pré -, per -, et post cataméniale, une lésion vaginale peut, là encore, en accroître la proportion, ainsi que le post-partum.

. Quant aux cellules superficielles bien différenciées et d'aspect variable selon la phase du cycle mais cependant caractéristique histologiquement, elles ne doivent guère présenter d'éléments kératinisés. Leur apparition en trop grand nombre signifie processus pathologique "forme de transition entre les cellules normales et pathologiques du vagin".

A.3 b) ** Les cellules d'origine extra-vaginale recueillies par la méthode cytologique comportent normalement :

- des cellules endométriales, qui normalement retrouvées pendant la menstruation, ne doivent pas être en grand nombre sauf dans les frottis par prélèvement endocervical. Dans les frottis vaginaux, leur trop forte proportion traduirait une lésion endométriale qu'il s'agisse d'un polype, d'une hyperplasie, d'une infection ou d'un cancer dont l'aspect microscopique serait reconnaissable.

- Les cellules endocervicales, de même, indiqueraient par leur trop grand nombre la présence d'un cancer ou d'une inflammation.

- Les cellules sanguines ou tissulaires :

- où l'apparition d'un grand nombre de globules rouges jointe à certaines anomalies cellulaires sont en faveur du cancer -
- où les polynucléaires altérés révèlent une infection vaginale, cervicale, utérine ou annexielle.
- où lymphocytes et plasmocytes peuvent s'accroître dans des inflammations chroniques de l'appareil génital.
- Quant aux histiocytes normalement absents, leur apparition est possible pendant la menstruation et le post-partum en dehors desquels leur présence est en faveur d'une inflammation génitale ou d'un cancer. Leur aspect peut parfois en imposer pour des cellules cancéreuses

A. 4 * Ainsi donc nous venons de décrire à la fois les résultats normaux et les anomalies susceptibles d'être découvertes au décours de la lecture d'un frottis cytologique. Et nous avons compris, de ce fait, l'apport évident d'un tel examen puisqu'il permet de retrouver des signes évocateurs d'une infection, d'une inflammation chronique, d'un cancer évolué ou in situ, et même d'un accouchement ou d'un avortement, et ceci de par les anomalies cellulaires morphologiques, ou par des propositions inadéquates d'éléments morphologiquement normaux par ailleurs.

A.4. a) . Dans les vaginites, l'étiologie mycosique, bactérienne ou de trichomoniase saura être déterminée. Par exemple, le frottis de trichomoniase serait bien évocateur puisque le rapport acidophilie-karyopycnose est supérieur à I, et que les noyaux des cellules vaginales s'entourent d'un halo clair; que le trichomonas soit ou non retrouvé le frottis a une morphologie bien particulière. Le degré de pureté bactériologique est apprécié d'après le taux de bacilles de Döderlein.

A. 4. b) Les salpingites purulentes se manifestent par la présence de pus, et leur chronicité se traduit par la présence d'histiocytes qui n'apparaissent qu'à partir d'une certaine durée de l'affection. Mais il ne faut pas compter sur la présence de cellules tubaires pour indiquer l'origine de l'écoulement purulent. Cependant, l'endométrite donnant les mêmes signes mais avec l'addition d'un grand nombre de cellules endométriales l'on évoquera la salpingite, par élimination.

A.4. C) Quoiqu'il en soit, c'est surtout le frottis cytologique des cervicites qui doit retenir notre attention, le prélèvement ayant eu lieu au niveau du col. En effet, s'il est habituel, au moment de l'ovulation, de retrouver un grand nombre de cellules endocervicales et de polynucléaires, l'altération de ces derniers par la nécrose et la desquamation des premières en placards sont nettement pathologiques. De plus, l'érosion qu'à pu créer la cervicite fait apparaître un trop grand nombre de cellules basales externes, voire de basales profondes. Cette apparition inopinée d'éléments cellulaires s'accompagne d'altérations cytologiques dont certaines peuvent se voir au niveau de lésions cancéreuses : hyperchromaticité nucléaire, hypertrophie nucléaire, sans modification de la chromatine cependant, et variations morphologiques aboutissant aux cellules dites "têtards" sont autant de points anormaux retrouvés à la fois au cours de certaines cervicites et au cours de lésions néoplasiques (sans en être toutefois pathognomoniques). La même suspicion sera engagée à la découverte de cellules anucléées d'une kératinisation insolite où l'on sera amené à discuter : cervicite ou dyskératose précancéreuse ? Tous ces faits relatés montrent bien là nécéssité d'une surveillance cytologique toute particulière des cervicites et d'un traitement approprié.

A. 4. d) Nous avons, dès lors, compris les possibilités offertes par la méthode cytologique dans le diagnostic et la surveillance des infections génitales, mais elles ne sont pas moindre pour tout ce qui touche aux processus tumoraux de l'appareil génital. Il est

apparu, en effet depuis les célèbres travaux de Papanicolaou que les cancers génitaux desquament et que les produits de cette desquamation émigrent au niveau des lames de frottis. Or, comme le fait remarquer Pundel, s'il semble présomptueux pour un histologiste de vouloir faire le diagnostic de cancer d'après le seul aspect cellulaire, il n'en reste pas moins qu'à l'échelon de l'appareil génital, cette présomption est possible, par le fait que les cellules cancéreuses génitales ont des anomalies morphologiques non pathognomoniques mais bien caractéristiques :

- C'est ainsi que le noyau sera hyper-trophié de manière considérable, que le rapport nucléoplasmique sera très augmenté et que l'anisonucléose jointe à l'irrégularité des bords nucléaires donneront aux cellules les aspects les plus bizarres. Ces aspects très évocateurs seront corroborés par d'autres anomalies très fréquemment retrouvées dans les néoplasies mais non spécifiques - telles que l'hyperchromaticité et les agrégats chromatiniens du noyau, ainsi que la volumineuse saillie des nucléoles - L'association à une anisocytose, enfin, est tout à fait significative. La coexistence de tels éléments cytologiques avec un grand nombre de globules rouges ou de lymphocytes emporte le plus souvent le diagnostic.

- De cette façon Papanicolaou et ses collaborateurs ont pu montrer qu'à partir du moment où le col n'est pas obturé tout cancer génital peut égréner ses cellules que celles-ci proviennent du col, du corps, des trompes, du vagin, des ovaires, voire du péritoine.

Epithélioma ou adénocarcinome, le cytologiste pourra théoriquement en préciser le type et l'origine puisque :

- l'épithélioma épidermoïde indifférencié du col desquame en petites cellules ressemblant à des cellules embryonnaires en placards,
- l'épithélioma différencié avec ses cellules "têtards" se caractérise par la biaarrerie morphologique et son affinité pour l'éosine,
- tandis que l'adénocarcinome du col moins évident a des noyaux hyperchromatiques,
- l'adénocarcinome du corps est caractérisé par la présence d'énormes noyaux occupant la totalité des cellules endométriales ....

.... toutes choses sur lesquelles nous ne nous étendrons pas davantage car si ces possibilités diagnostiques de la méthode cytologique sont, en effet, fort conséquentes, il existe en contre-partie des causes d'erreur de type différentiel entre infection et néoplasie au niveau du col, entre tumeurs malignes et tumeurs bénignes à type de polype cervico-utérin, fibrome cervical, hyperplasie endométriale. De même certaines cellules trophoblastiques peuvent être confondues avec des cellules cancéreuses.

Enfin et surtout, il existe des cancers dont les cellules sont normales et ne donnent pas de frottis alarmant. Si donc la technique en est simple, l'interprétation ne l'est pas toujours, d'où la nécessité de frottis répétés.

A. 4. e)

• Enfin, il paraît démontré depuis les études d'Ayre sur les états pré cancéreux du col que les frottis cytologiques complètent heureusement les résultats de la colposcopie et les devancent même, surtout si le prélèvement est porté sur la zône de jonction cylindropavimenteuse où se développent avec prédilection les dites lésions. Des cellules atypiques, plus discrètes que les cellules cancéreuses, sont cependant reconnaissables à leurs anomalies nucléaires et à leur kératinisation pathologique. Elles constituent une forme de transition entre les cellules normales et les cellules malignes. Leur diagnostic est certes appréciable si l'on songe qu'une simple cônisation du col suffira à faire tourner court toute évolution extensive défavorable. Il serait donc fort satisfaisant de faire un dépistage systématique dans lequel la majeure partie des lésions serait découverte à ce stade.

(B)

B. 1. * Il résulte de tout ce qui précède que les possibilités diagnostiques des frottis cytologiques sont considérables, et que la simplicité de la méthode en permet l'application à chaque consultante. Pratiquée avant tout dans le but d'éviter l'écueil d'entre-

prendre un traitement contraceptif sur un cancer passé inaperçu, elle saurait être envisagée, dès lors, comme un moyen de dépistage systématique. Cette position de principe est d'ailleurs adoptée aujourd'hui par le plus grand nombre de gynécologues qui en font un geste simple de routine. Il convient de s'interroger maintenant sur les résultats obtenus dans le cadre de cette consultation de "planning familial" ?

B. 2 *

B. 2. a) En ce qui concerne le service, le prélèvement est fait dès la première consultation, à moins de période menstruelle, prélèvement vaginal au niveau du cul - de - sac postérieur avec un écouvillon d'ouate ou par aspiration, prélèvement exocervical par grattage du pourtour de l'orifice externe grâce à une spatule d'Ayre et portée sur la zône de jonction cylindro-pavimenteuse.

B.2. b) . La fixation des lames se fait, ici, à l'aide du mélange alcool - éther à parties égales, quant aux colorations d'ensemble et aux colorations spéciales elles sont basées sur le même principe que celle de Papanicolaou.

B .2. c) Après ces quelques précisions techniques, spécifions la notation de l'interprétation par l'histologiste qui, en utilisant la classification I.II.III.IV.V de Papanicolaou, la modifie quelque peu en distinguant trois catégories de frottis :

I) . Les frottis normaux ; classes I et II

2) . Les frottis cancéreux ; classes IV et V

3) . Les autres : frottis pathologiques non cancéreux, inflammatoires demandant à être revus et à être traités. Dénués d'éléments malins ils demandent une surveillance - C'est la raison pour laquelle les intéressées sont convoquées dans le service lorsqu'elles ne sont pas revues à la consultation.

.3 *

. 3. a) Les résultats portant sur les 628 femmes considérées dans cette étude ont été les suivants :

- Il n'y a pas eu de frottis classe IV et V
- 89 pour 100 avaient un frottis normal, classes I et II
- 11 pour 100 avaient un frottis pathologique nécessitant surveillance et traitement.

. Ce sont ces derniers que nous nous sommes efforcée à analyser en fonction des données cliniques et en nous souvenant des affections qui peuvent interférer sur les frottis cytologiques. Elles sont consignées dans le tableau suivant. Plusieurs d'entre elles pouvaient être associées chez la même femme.

DIFFERENTS FACTEURS RETROUVES CHEZ LES 69 FEMMES MANTIES

Vaginites à trichomonas	7 pour 100	d'un frottis cytologique pathologique - à surveiller - mais sans signe de malignité
Ectropions et ectropions infectés	64 pour 100	
Cervicites (seules)	10 pour 100	
Annexites, paramétrites	9 pour 100	
- Isolées	0	
- Associées		
- à un prolapsus :	1 pour 100	
- à une cervicite :	8 pour 100	
Prolapsus	27 pour 100	
Divers kystes vaginaux polypes cervico-utérins etc...	13 pour 100	
"Post - Partum" et "Post - Abortum"	40 pour 100	
Sous Contraception orale ou Stérilet	15 pour 100	
Présence d'un passé obstétrical (fausses-couches ou accouchements dans les antécédents	70 pour 100	

• D'après ce que nous savons des intercurrences d'affections sur les frottis les résultats peuvent être interprétables :

I) Nous avons appelé "vaginites à trichomonas" les leucorrhées où l'examen direct au microscope optique avait retrouvé le trichomonas vaginalis à l'état frais. Et 7 pour IOO de nos frottis anormaux coexistent avec cette infection parasitaire. Le traitement spécifique amène la résolution des signes cliniques et cytologiques.

2) Le facteur le plus fréquemment observé est la lésion cervicale. L'ectropion domine dans la génèse des anomalies cellulaires puisqu'il détermine 64 pour IOO des frottis anormaux. Si nous avons distingué cliniquement les ectropions et les cervicites isolées, cette distinction est arbitraire sur le plan cytologique car dans les ectropions infectés il y a toujours une part de cervicite. En pratique, il s'agit de cervicite dans les deux cas, appelant traitement anti-infectieux et surveillance cytologique des zones remaniées. En pratique donc, nous pouvons ajouter à ces 64 pour IOO les IO pour IOO de cervicites isolées, soit 74 pour IOO de cervicites.

• Elles posent, sur le plan histologique, des problèmes de diagnostic d'avec les lésions cancéreuses, parfois, puisqu'elles peu-être une cause de diagnostic faussement positif du cancer.

• De même, leur passage à la chronocité pourra s'accompagner

de kératinisation et faire poser dès lors le problème d'une dyskératose précancéreuse.

• Autant de possibilités qui conduisent à surveiller tout particulièrement ces inflammations cervicales cliniques et cytologiques.

• Le traitement institué assainit le col. Et si le frottis cytologique peut être considéré comme une méthode de dépistage pour l'ensemble de la population consultante, pour celles qui ont un frottis anormal avec une cervicite il s'agit d'une prévention permettant le maintien d'un col sain moins susceptible de se cancériser ultérieurement qu'un col remanié.

B.E. b)

3) Un certain nombre d'annexites ou de paramétrites a été retrouvé : 9 pour 100 des frottis anormaux. Elles traduisent une inflammation génitale durant depuis un certain temps. Cependant, pour une meilleure interprétation des chiffres il nous faut observer que ces ces annexites ne sont pas isolées, mais associées à une cervicite : les 8 pour 100, ou à un prolapsus : 1 pour 100. Il semble bien que ce soit la cervicite associée qui, là encore, soit la grande responsable.

4) Le même raisonnement sera appliqué pour le fort pourcentage de prolapsus : 27 pour 100, où l'association constante à d'autres facteurs d'inflammation pathologique comme l'ectropion est à con-

sidérer. 1 pour 100 seulement répond au prolapsus isolé.

L'association de plusieurs lésions correspond aux altérations cytologiques observées.

B.3. b)

5) D'autres affections gynécologiques à type de kyste vaginal, de fibrome cervical, de polype cervical ont pu être retrouvées dans 13 pour 100 de nos frottis anormaux. Elles ont pu atteindre plus ou moins l'épithélium et faire apparâître des cellules basales externes et des cellules basales internes en nombre bien supérieur à la normale, et entretenir une infection.

Mais, en définitive, à la comparaison de ces frottis cytologiques anormaux, et des lésions cliniques découvertes simultanément, il apparait que le dénominateur commun le plus fréquemment invoqué soit bien l'altération cervicale, bien que, cependant, tout l'appareil génital puisse en être responsable théoriquement. En ce qui concerne notre étude, c'est - encore une fois - le col le grand responsable.

B.3. c)

1) Si nous avons cherché à connaître quelles étaient les lésions

cliniques touchant les femmes dont le frottis cervico-vaginal donnait une réponse pathologique, nous avons voulu savoir, encore, à quel genre de femmes nous nous adressions. Sachant, au départ, que la régulation des naissances ne s'adresse qu'à une population en période d'activité génitale donc jeune, nous n'avons pas été étonnée outre mesure de n'avoir pas découvert un seul frottis cancéreux malgré le rôle évident de dépistage que joue la méthode cytologique systématique. Par contre, en reprenant tous les dossiers, nous avons observé dans 40 pour 100 des cas un antécédent obstétrical proche; dans le tableau, l'abréviation "post partum" et post abortum" est fausse en soit, puisqu'il peut s'agir aussi de femmes ayant eu leur retour de couches. Il s'agit de femmes ayant accouché ou avorté dans les quatre mois précédant la consultation. Leurs motivations, bien compréhensibles sur le plan psychologique, sont cristallisées par la survenue inopinée d'une grossesse et les décide à venir dans un centre où le frottis systématique va découvrir certaines anomalies. Ces antécédents touchent près de la moitié des femmes porteuses de telles anomalies. Ces résultats propres à notre consultation ne seraient pas forcément retrouvés dans une autre consultation. Sans doute la proximité topographique de la Maternité du service et l'information qui y est faite sauraient à elles seules expliquer cette proportion notable et la particularité de notre échantillonnage. Il découle de tout cela, que les examens pratiqués avant la mise en route d'une solution contraceptive assure non

seulement une surveillance des suites de couches proches et lointaines, mais aussi une sanction thérapeutique très précoce sur des lésions silencieuses dont, certes, une partie aurait spontanément involué mais dont une partie aurait continué son évolution à bas bruit jusqu'au jour où des manifestations cliniques plus bruyantes auraient attiré l'attention.

B.3. c) 2) Le passé obstétrical est observé chez 70 pour 100 de nos consultantes. Il est plus ou moins ancien. Ce chiffre est peut - être au-dessous de la vérité car certaines "nullipares" préfèrent ne pas nous mentionner un antécédent de fausse couche provoquée. En tout cas, unipare ou multipare, mais ayant connu l'état gravidique tel est le "portrait - type " de notre consultante à frottis pathologique. C'est pourquoi la consultation de "planning familial" ici même envisagée découvre des lésions cytologiques séquellaires d'un accouchement ou d'un avortement plus ou moins récent. Elle assure, à long terme, la surveillance des accouchées et des avortées. Le rôle étiologique du passé obstétrical a bien été mis, ici, en évidence.

B.E. c) 3) Enfin nous avons relevé, parmi nos frottis pathologiques, le fait qu'ils appartenaient à un certain nombre de jeunes femmes ayant déjà entrepris une technique contraceptive moderne : contraception orale pour la majorité ou, plus rarement, le stérilet - dont la prescription établie par un médecin traitant n'avait pas été précédée

du contrôle cytologique. Ces consultantes venues soit de leur propre chef, soit adressées par le médecin prescripteur, soucieux d'un contrôle qu'il ne pouvait assumer faute de temps et d'équipement, constituent les 15 pour 100 de nos résultats anormaux. Le chiffre est parlant et justifie le bien fondé de l'examen. Il traduit la nécessité du bilan biologique inhérent à toute contraception.

(C) En conclusion, nous avons passé en revue toutes les lésions histologiques découvertes à l'occasion d'une consultation de "planning familial" et toutes les lésions susceptibles de l'être. Car nous pouvons considérer, à priori, que cette dernière est un moyen de dépistage des lésions cancéreuses et précancéreuses. Mais si cette notion conserve toute sa valeur théorique de principe, l'observation la plus fréquente a été celle d'un frottis anormal, mais non malin, coexistant avec des lésions cliniques cervicales bénignes. Ainsi, le traitement de ces lésions peut être compris comme une mesure prophylactique du cancer qui serait appliquée sur une population de jeunes femmes, plus propre à développer une telle lésion néoplasique que ne le serait une population de nulligestes ; il permet en bref, la guérison des suites obstétricales pathologiques lointaines.

C O N C L U S I O N S

:-:-:-:-:-:-:-:

(A) 1° - En conclusions, par un travail réflexif portant sur l'examen médical qui précède le choix d'une technique contraceptive moderne, nous nous sommes attachés à la recherche des contre - indications propres à ces méthodes : cette recherche s'est avérée positive.

2° - Elle a permis, en effet, la découverte de lésions gynécologiques dans 58 pour 100 des cas.

3° - L'intérêt de ces découvertes nous a semblé présenter des conséquences variables, selon le type de femme qui en faisait l'objet.

Ainsi, nous avons pu distinguer :

a) la nulliparo - dénuée de passé obstétrical -
b) et la multipare, ou l'unipare qui constituent la majeure partie des consultantes envisagées.
c) C'est, même, dans les suites d'un avortement ou d'un accouchement, que nous avons été - le plus souvent - amenés à les examiner.

4° - Par ailleurs, la découverte de telles lésions chez des femmes suivant déjà un traitement contraceptif, prescrit en dehors de nos soins, justifie le bien - fondé de ces examens préalables.

Ces divers facteurs sont donc intervenus dans l'orientation de nos résultats.

4° - Par ailleurs, la découverte de telles lésions chez des femmes suivant déjà un traitement contraceptif, prescrit en dehors de nos soins, justifie le bien - fondé de ces examens préalables.

Ces divers facteurs sont donc intervenus dans l'orientation de nos résultats.

(B) Parmi les lésions cliniques découvertes, connues et traitées dès le premier examen, nous avons observé :

1° - Les vaginites

- à germes courants
- et surtout à trichomonas : l'intérêt de leur traitement, dans les suites obstétricales, réside bien dans l'éradication du foyer infectieux de voisinage par rapport au col : ce traitement permet d'éviter l'entretien d'une cervicite.

C'est, aussi un élément de la lutte anti-vénérienne.

2° - Les ectropions et les cervicites

Il résulte de la découverte des dystrophies cervicales, conséquences de la gestation, ainsi que de leur traitement et de leur suppression, ceci :

Leur traitement nous a paru mériter une place parmi les mesures prophylactiques du cancer cervical, mesures prises dans les suites obstétricales, période à laquelle certaines femmes sont examinées, à la consultation du "planning familial".

3° - Les annexites

Leur dépistage précoce, au cours du toucher vaginal, évite l'écueil d'une évolution ultérieure défavorable vers des formes traînantes de salpingites, vers l'ovarite sclero-kystique, la stérilité, les algies pelviennes, éventuellement les rares tumeurs malignes tubaires.

(C) D'autres lésions ont été relevées; elles ont nécessité davantage :

- soit, des examens complémentaires à visée diagnostique,
- soit, une sanction thérapeutique plus spécifique, ou chirurgicale - pour certaines -.

1) à savoir :

- prolapsus importants,
- kystes vaginaux,
- polypes cervico-vaginaux,
- fibromes utérins, myomatose,
- hydrosalpinx,
- dystrophies ovariennes,

toutes anomalies retrouvées, plus fréquemment, chez des femmes d'un âge plus élevé que la moyenne d'âge des consultantes dans leur ensemble.

De cette façon, nous avons été amenés, ainsi à pratiquer des biopsies cervicales et des examens anatomo-pathologiques, à résultat bénin, en définitive.

2) Enfin, la découverte de malformations utérines, associées ou non à des malformations urinaires, a permis d'attirer l'attention sur l'intérêt de cette découverte chez des nulligestes quant à l'avenir obstétrical de ces dernières.

(D) 1° - Nous avons fait une large part à la pratique systématique de frottis cervico-vaginaux; nous avons montré l'intérêt de cette méthode, au cours d'une consultation clinique.

2° - Les possibilités offertes par cette technique pour le diagnostic des lésions cancéreuses ou précancéreuses, chez la femme jeune, a su retenir notre attention.

3° - Mais , nous avons, en fait, trouvé des lésions histologiques de caractère bénin ; elles coexistent le plus souvent avec des lésions cliniques - à type d'infection ou d'inflammation génitales dont le point commun est la participation cervicale.

- Le mérite de ces frottis réside dans la surveillance cytologique des consultantes. -

Ainsi donc, en posant les contre - indications gynécologiques aux méthodes contraceptives modernes, nous nous sommes attaché à montrer le rôle de dépistage que cette démarche pouvait jouer.

- Quelque fût le caractère des lésions découvertes :

- lésions importantes,
- rares,
- ou minimes,

Leur traitement et leur surveillance ont présenté un intérêt certain, dont la prévention du cancer n'est pas le moindre ; l'atteinte clinique et histologique du col est, en effet, fréquemment observée chez ces multipares.

* Par ailleurs, les motivations qui amènent les femmes à venir consulter, régulièrement, dans le cadre du "planning familial" permettent aux médecins une conduite thérapeutique efficace et suivie. La découverte de ces mêmes lésions, au cours de simples "visites post-natales", n'entraîne pas une soumission équivalente aux traitements prescrits.

- Il reste, enfin, d'autres types de lésions que nous n'avons pas abordées ici, mais qui sont à même d'être découvertes, aussi, à l'occasion d'une telle consultation. Il s'agit des contre - indications inhérentes à la pathologie générale : hépato-biliaire, cardio-vasculaire, endocrinienne, infectieuse générale, psychiatrique ... Elles ne faisaient pas partie de ce sujet, mais mériteraient certes, d'être également recensées .....

B I B L I O G R A P H I E

I - ANDERSON W.R. et LEVINE A.J.
Contraceptin et polypo. Dilemme diagnostique.
J. LOWA Med. Soc., juin 1968, 58 , 585, in Internat. Surg. dig., sept. 1968, 77 , n° 9, 366.

2 - ATTWOOD M.E.
Cytologie vaginale et pilule contraceptive.
J. Obs. Gyn. Brit. Commonw. aout 1966, 73, n° 4, 662 - 665 (Bibliogr.)

3 - AYRE J.E. , REYNER F.C.,
FAGUNDES W.B. et Le GUERRIER J.M.
Progestines orales et régression du cancer in situ et de la dysplasie cervicale. Evaluation cytologique.
Obst. and Gyn., oct. 1969, 34, n° 4 , 545 - 560, 9 fig. (Bibliogr.)

4 - BEHRMAN S.J. et BURCHFIELD W.
Les contraceptifs intra-utérins et l'activité du myomètre.
Am. J. Obst. Gyn., 15 janv. 1968, 100, n° 2, 194 - 202, 8 fig. (Bibliog.)

5 - BONAFOS M. et col.
De la maternité volontaire. Début d'expérience en matière de régulation des naissances à la Maternité du Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger
Tunisie méd., juil. - aout 1968, n° 4, 365 - 367.

6 - BONNEY W.A. jr, GLASSER S.R. CLEVE T.M., NOYES R.W. et COOPER C.L.
Réponse de l'endomètre aux contraceptifs intra-utérins.
Am. J. Obst. Gyn., 1er sept. 1966, 96, n° 1, 101 - 113, 21 fig. (Bibliog.)

7 - BOTZELEN H.P. et MEYER K.
Examens cytologiques et colposcopiques chez les malades traitées par inhibiteurs de l'ovulation.
Zbl. Gyn., 18 mai 1968, 90, n° 20, 679 - 681 (Bibliogr.)

8 - GREZES - RUEFF F.A. et GREZES F.A.

L'aspect strictement médical de la contraception.
Ann. Méd. lég., sept - oct. 1967, 47, n° 5, 506 - 508

9 - DALSACE J et PALMER R;

Enc. Méd. chir. gyn. Fasc. - 738 A10

10- DALSACE J. et PALMER R;

La contraception
P.U.F. éd. 1967 - 3e éd.

11 - DIDDLE A.W., GARDNER W.H., WILLIMSON P.J. et O'CONNOR K.A.

Les contraceptifs oraux et la candidase vulvovaginale.
Obs. and Gyn., sept. 1969, 34, n° 3, 373 - 377 (Bibliogr.)

12 - DONTENWILLE W.

Observations colposcopiques, cytologiques et histologiques sur le col utérin sous traitement inhibiteur de l'ovulation.
Münch. med. Wschr., - 5 mars 1965, 107, n° 10, 491 - 492

13 - DOWRDEN - ROLLIER A.M.
Le planning familial dans le monde
Payot éd. 1969

14 - ELSTEIN M.

Inflammation pelvienne et appareil contraceptif intra-utérin.
Proc. roy. Soc. Med., av. 1967, 60, n° 4, 397 - 398 (Bibliogr.)

15 - FRANK R., ALPERN W.M. et ESHBAUGH D.E.

La contraception orale commencée au début du post-partum.
Am. J. Obst. Gyn., 1 janv. 1969, 103; n° 1, 112 - 120 (Bibliogr.)

GRASSET
16 - GRASS et J.

Les contre - indications d'ordre médical à la gestation.
L'hôpital, Suppl. du n° d'octobre. 1966 n° 772

17 - GRETILLAT P.A. et coll.

La contraception dans le post-partum : emploi d'un contraceptif oral.
Gynaecologia, 1967, 164, n° 5, 265 - 273 (Bibliogr.) (Texte français)

18 - GUHR O.

Observations colposcopiques, cytologiques et histologiques sur le col utérin sous traitement inhibiteur de l'ovulation.
Münch. med. Wechr., 5 mars 1965, 107, n° 10, 485 - 489 (Bibliogr.)

19 - HERVET E. et BARRAT J.

Indications médicales de la contraception
Rev. Praticien, 21 mars 1967, 17, n° 9, 1241 - 1251

20 - ISHIMA A., NAKAMURA Y. et MIYAL T.

Etudes pertubaires, cinécalpingiographiques et radiotubaires au cours de l'emploi de l'IUD (diaphragme intra-utérin).
Yokohama Med. Bull., av. 1966, 17, n°2, 45-50 (Bibliogr.).

21 - ISRAEL R. et DAVIS H.J.

L'action des appareils contraceptifs intra-utérins sur l'endomètre.
J.A.M.A., 28 fév.1966, 195, n°9, 764-768 (Bibliogr.).

22 - JACKSON J.L. et SPAIN W.T.

Etude comparative de la thérapeutique anti-ovulatoire combinée et séquentielle sur la moniliase vaginale.

Am; J. Obst. Gyn., 15 août 1968, 101, n° 8, 1134-1135 (Bibliogr.).

23 - KAHN-NATHAN (Mme)

Les différentes méthodes de contraception et leurs critères d'appréciation et d'efficacité.

Gynécologie, 1966, 17, n°2, 183-196.

24 - [illegible] J.

La contraception en France. Bilan de dix ans d'activité et perspectives d'avenir.

Domaine Hôp. Paris, 26 av. 1968, 44, n°20, 1369-1371.

25 - KAHN NATHAN et H. ROZENBAUM

La contraception hier, aujourd'hui, demain.

L'expansion éd, Paris 1969.

- KORNPROBST L.

Presse médicale

Janv. 1968,76, n°5, 225-230.

- KORNPROBST L.

Les décrets d'application de la loi Neuwirth.

Presse médicale, Mars 1969, 77, n° 11, 411.

28 - KRAUSE W., BOHM W. et MULLER W.

Etudes cytologiques et histologiques comparatives après traite

par une association inhibitrice de l'ovulation d'oestrogène-gestagènes (o -viston).
Gynaecologia, I968, 166, n° 5, 432 - 445, 7 fig. (Bibliogr.) (résumé français).

29 - KYRIAKOS M., KEMPSON R.L. et KONIKOV N.F.

Une étude clinique et pathologique des lésions endocervicales associées aux contraceptifs oraux.
Cancer, juil. I968, 22, n° 1, 99 - 110 , 10 fig. (Bibliogr.)

30 - LEVY G., MEYER Ch. et SZARCBERG R.

Grossesse extra-utérine, salpingite aigue et stérilet.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv. - Mars I968, 20, n° 1, 86 - 88

31 -
LOSKANT G. et HEINEN G.

Observations cytologiques et colposcopiques avant et après administration des inhibiteurs de l'ovulation.
Zbl. Gyn., 4 mai I968, 90, n° I8, 609 - 613

32 - MAQUEO M., AZUELA J.C., CALDERON J.J. et GOLDZIEHER J.W.

La morphologie du col chez les femmes traitées par progestines synthétiques.
Am. J. Obst. Gyn., 1 déc. I966, 96, n° 7, 994 - 998 (Bibliogr.)

33 - MALINAS Y.

Mesure et évaluation des risques (A propos de la contraception)
Concours méd., 6 mai I967, 89, n° I8, 3451 - 3462

34 - MEHRING W.

Influence des inhibiteurs de l'ovulation sur les frottis vaginaux et

l'épithélium du col.
Méd. Klin., IO déc. I965, 60, n° 50, 2016 - 2017 (Bibliogr.)

35 - MELAMED M.R. et coll.

Les taux de prédominance du cancer cervical in situ pour les femmes utilisant des diaphragmes ou des stéroïdes contraceptifs oraux
Brit. Med. J., 26 juil. I969, 3, n° 5664, 195 - 200 (Bibliogr.)

36 - MICHEL WOLFROMM H.

Problèmes de la limitation des naissances. Acceptabilité des méthodes de contraception.
Marseille méd., I966, I03, n° 10, 691 - 694

37 - MISHELL D.R. Jr? BELL J.H. , GOOD R.G. et MOYER D.L.

Les contraceptifs intra-utérins : étude bactériologique de la cavité endométriale.
Am. J. Obst. Gyn., Ier sept. I966, 96, n° 1, 119 - 126, I1 tabl. (Bibliogr

38 - PIVER M.S. et DECKER J.P.

Appareil contraceptif intra-utérin et thécome ovarien.
J.A.M.A. , 8 aout I966, I97, n° 6, 511 - 513 (Bibliogr.)

39 - PINCUS G.

Le contrôle de la fécondité
Masson, éd. I968

40 - PORTER P.S. et LYLE J.S.

Vulvovaginite fongique due aux contraceptifs oraux.
Arch. of Derm., av. I966, 93, n° 4, 402 - 403 (Bibliogr.)

41 - PUNDEL J.P.

Frottis vaginaux et cervicaux
Masson et Cie ed. I950

42 - RAGAB M.I. et SAMMOUR M.B.

Etudes sociomédicales de l'application du planning familial sur 60 000 cas.
Am. J. Obst. Gyn., 15 sept. I969, I05, n° 2, 156 - 165, 5 fig. ; 7 tabl. (Bibliogr.)

43 - RICHART R.M. et BARRON B.A.

Appareil intra-utérin et néoplasie cervicale, Etude prospective des malades porteuses de dysplasie cervicale.
J.A.M.A., I3 mars I967, I99, n° II, 8I7 - 8I9 (Bibliogr.)

44 - RINGROSE C.A.D.

Réponse inflammatoire précoce aux moyens contraceptifs intra-utérins, déterminée par le test de Papanicolaou.
Am. J. Obst. Gyn., 15 aout I966, 95, n° 8 , 1162 - 1163

45 - ROUCHY R. et GROSIEUX P.

Hyperplasie polypoïde endocervicale chez deux femmes prenant un contraceptif oral.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. franç., janv.- mars I969, 21, n° 1, 72 - 7

46 - ROZENBAUM H.

La responsabilité du médecin devant la contraception orale
Thèse Paris, I967, n& 928

47 - SIMON P.

Précis de contraception
Masson éd., I968,

48 - SOOST H. J.

Observations colposcopiques, cytologiques et histologiques sur le col utérin sous traitement inhibiteur de l'ovulation.

Münch. Med. Wschr., - 5 mars 1965 , 107, n° 10, 489 - 490 (Bibliogr.)

49 - STARUP J.

Histologie de l'endomètre et cytologie vaginale pendant la contraception orale
Acta obst. gyn. scand., 1967, 46, n° 3, 419 - 428, 7 fig. - (Bibliogr.)

50 - STATHAM R. et MORTON R.S.

Gonorrhée et appareil contraceptif intra-utérin.
Brit. Med.J., 7 déc. 1968, 4, n° 5631, 623 - 625 (Bibliogr.)

-TALBERT J.R. et SHERRY J.B.

Lésions cervicales semblables à l'adénocarcinome : problème de l'inductio tion par la pilule
Am. J. Obst. Gyn., 1 sept. 1969, 105, n° 1, 117 - 120

52 - TAYLOR H.B. , IREY N.S. et NORRIS E.J.

Hyperplasie atypique endocervicale chez les femmes prenant des contraceptifs oraux.
J.A.M.A., 13 nov. 1967, 202, n° 7 , 637 - 639

53 - TAYLOR H.C. jr.

Un programme de planning familial rattaché à un service de maternité.
Am. J. Obst. Gyn., 1 juil. 1966, 95, n° 5, 726 - 731

54 - TEJUJA S. et MALKANI P.

Signification clinique de la relation entre la taille de l'utérus et les stérilets.
Am. J. Obst. Gyn., 15 oct. 1969, 105, n° 4, 620 - 627, 8 fig.

55 - TOPP G. et MEISSNER H.

Résultats des examens colposcopiques, cytologiques et histologiques après traitement par inhibiteurs de l'ovulation.

Zbl. Gyn., 28 déc. 1968, 90, n° 52, 1778 - 1783 (Bibliogr.)

56 - VARANGOT, NUOVO et Vassy

Recherches sur le diagnostic des cancers génitaux féminins par les frottis, épithélioma du col et grossesse.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n° 1 18 - 21

57 - WALSH H., HILDEBRANDT R.J. et PRYSTOWSKY H.

Vaginite à candida associée à l'usage de progestatifs oraux
Am. J. Obst. Gyn., 15 nov. 1965, 93, n° 6, 904 - 905 (Bibliogr.)

58 - WILSON J.R. , BOLLINGER C.C. et LEDGER W.J.

Effet d'un appareil de contraception intra-utérin sur la flore bactérienne de la cavité endométriale.
Am. J. Obst. Gyn., 15 nov. 1964, 90, n° 6, 726 - 739, 7 tabl. (Bibliogr.)

59 - Choix d'un contraceptif et cancer du col cu "de la prédestination".

Sem. Hôp. Paris (suppl. n° 27),
14 oct. 1969, n° 41, 23

60 - Contraception : les dispositifs intra-utérins

I.P.P.F. 1968, Londres

61 - La contraception
Colloque de la société nationale pour l'étude de la stérilité

Masson, éd. Paris 1963

62 - La vaginite et la pilule

J.A.M.A., 25 mai 1966, 196, n° 8, 731 - 732

63 - Le planning familial dans cinq continents.
I.P.P.F. - juin 1968

64 - Les dispositifs intra-utérins
Considérations physiologiques et chimiques

Organisation Mondiale de la Santé
Rapport n° 332 - Genève 1966

Vu, le Président de Thèse :

Monsieur le Professeur
J. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Monsieur le Professeur
G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris

Monsieur MALLET.